

# ANAIIS PAULISTAS DE

# MEDICINA E CIRURGIA

Revista mensal de Medicina e Cirurgia para o progresso da Medicina

VOLUME LXXVII

N.º 4

Abril de 1919

Neste número:

**Trabalhos Originaes:**

	Pág.
<i>Lesões da Chirúrgia</i> — Dr. FERREIRANDO COSTA .....	235
<i>Hiperthymia da retina aguda com e sem incompatibilidades sangüneas foto-métricas</i> — Dr. ARTHUR ALBERT RIBEIRO .....	237
<i>Fonte de Sangue</i> — aspecto social, médico e histórico no Sanatório São Lucas — Dr. GONÇALVES DE MAGALHÃES .....	239
<i>Neuromioma</i> — Dr. WALTER MACIEL .....	241
<i>Epithelioma com pedículo torcido envolvendo sistema de vasos</i> — Drs. EURIQO BRANCO RIBEIRO e JOSE MENEZES ANDRADE .....	243

**Publicações Médicas de São Paulo:**

<i>Associação Paulista de Medicina</i> .....	195
<i>Faculdade</i> .....	196
<i>Faculdade</i> .....	197
<i>Faculdade</i> .....	198
<i>Faculdade</i> .....	199
<i>Sociedade Médica São Lucas</i> .....	200

**Imprensa Médica de São Paulo:**

<i>Sanatório das Clínicas</i> .....	201
-------------------------------------	-----

**Vida Médica de São Paulo:**

<i>Eschmannhausen</i> .....	210
-----------------------------	-----

Redação:



SANATÓRIO SÃO LUCAS

DIRETOR: DR. EURIQO BRANCO RIBEIRO

Rua Firapitingui, 80 — Caixa Postal 1.574 — São Paulo, Brasil

# MEPRO

## Fórmula:

Meprobramato .....	0,400	g.
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,010	g.
Reserpina .....	0,0001	g.
Excipiente q. s. p. ....	0,500	g.

## INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

## MODO DE USAR:

2 a 4 comprimido ao dia, ou como determinar o médico.

(Venda sob prescrição médica)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 841/57

Farm. M. P. Lacombe

# GLUCOSSARA

## Fórmula:

Vitamina C .....	0,500	g.
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,100	g.
Vitamina B <sub>6</sub> .....	0,050	g.
Chicocola .....	0,050	g.
Sol. glicosada a 30% q. s. p.	10,00	cm <sup>3</sup>

## INDICAÇÕES

- Medicação tônica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas.

## MODO DE USAR:

1 a 2 ampólas diariamente por via endovenosa,  
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob receita médica)

Licenc. S. N. F. M. sob N.º 825/41

Farm. M. P. Lacombe

**LABORATÓRIO PHARMA**

**MARCELLO MASSARA & CIA.**

Rua Tabatinguera, 164 — São Paulo, Brasil



## Tudo em Fios Cirúrgicos



**Laboratório CRINO-SÊDA de Suturas Cirúrgicas S. A.**

SÃO PAULO — Rua Dr. Clementino, 200 a 212 — Telefone 9-4493

### INTERIOR E ESTADOS

Belém - Belo Horizonte - Campinas - Campo Grande - Fortaleza - Florianópolis - Itajubá - Londrina - Manaus - Porto Alegre - Recife - Ribeirão Preto - Rio de Janeiro - Salvador - Santos - São Luiz - Sorocaba - Taubaté - Terezina - Uberaba - Varginha

**Afoga-se num copo de água**



o hipodesenvolvido físico e psiquicamente, por não se adaptar aos problemas que, dia a dia, a vida propõe. O mesmo pode ocorrer ao esgotado, ao deprimido, ao neuropsicastênico, ao esquizóide, ao que sofreu a involução senil. A todos estes o

# Dinistenile

Sulfato Sódico de Deidroandrosterona (em forma hidrossolúvel)  
com Dinitrila Succínica.

faz, novamente, voltar as energias necessárias, a confiança, o equilíbrio e a capacidade de adaptação, mobilizando substâncias energéticas, atenuando os efeitos do "stress" e enriquecendo o patrimônio nucleoprotéico da célula nervosa.

1 e 2 ampolas por aplicação, via intramuscular ou endovenosa, até  
3 ampolas ao dia.

Agora, também com



ESGOTAMENTO  
STRESS  
DEPRESSÕES  
NEUROPSICASTENIA  
GENESTOPATIA  
HIPOEVOLUTISMO  
INADAPTAÇÃO SOCIAL  
ESQUIZOIDISMO  
INVOLUÇÃO SENIL



**PRAVAZ-RECORDATI**  
**LABORATÓRIOS S. A.**





# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

*Diretor:* Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

★

Assinat. por 1 ano Cr\$ 300,00 — Estrang. US\$ 7,50 — Número avulso Cr\$ 30,00

(Nos trabalhos publicados é respeitada a redação dos autores)

VOL. LXXVII

ABRIL DE 1959

N.º 4

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

### Associação Paulista de Medicina

#### DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Sessão em 16 de junho de 1958

Presidente: Dr. Lúcio Penna de Carvalho Lima

**Micro-hematócrito. Estudo e importância dos fatores de correção do valor hematócrito.** Dr. Rafael Giannella. — Wintrobe, em 1929, descreveu a técnica para o estudo da relação glóbulo-plasma ou hematócrito usando sangue venoso, técnica que foi amplamente aceita pela simplicidade e importância no estudo do quadro hematológico vermelho. Guest e Siler, em 1934, apresentaram um micro-método em tubo capilar heparinizado usando sangue capilar e possibilitando, assim, mais ampla aplicação do método original. Atualmente, contamos com centrifugadores especialmente construídos para a determinação do micro-hematócrito. Usamos, em nosso trabalho, o modelo "International Hemacrit", com capacidade para 24 determinações simultâneas, submetidas durante 5 minutos a 11.000 rpm e a uma força centrífuga relativa (FCR) igual a 12.850 G, calculada de acordo com a fórmula:  $FCR = 0,00001118 \times \text{raio} \times \text{rpm}^2$ . A leitura é realizada em escalas especiais, circulares ou retilíneas, com precisão e rapidez.

Mc Govern e col. estudaram o microHt. e encontraram valores perfeitamente reprodutíveis; compararam com o método original de Wintrobe e acharam para Ht. até 40% valores ligeiramente mais baixos para o microHt., para Ht. acima de 50% encontraram valores ligeiramente mais altos para o microHt. Em 24 determinações simultâneas com o mesmo sangue oxalatado usando tubos capilares comuns não encontramos diferenças nas leituras.

A determinação da volemia deduzida do volume plasmático e do Ht. nos dá um valor mais alto do que aquele determinado diretamente. Acredita-se que isso ocorre em virtude da proporção de glóbulos nos grandes vasos ser maior do que no sangue do organismo considerado como um todo. Observa-se uma diferença entre o Ht. corpóreo e o Ht. venoso, pois nos vasos capilares o Ht. tem um valor mais baixo do que o Ht. do sangue dos grandes vasos. O valor médio do Ht. corpóreo é, aproximadamente, 91% do Ht. venoso, percentagem essa que se mantém cons-

tante na maioria das condições clínicas e daí o emprego do fator de correção 0,91 como o mais aceito. Hope e Vesel, em 25 indivíduos controles, encontraram valores entre 0,90 e 0,95 com um valor médio igual a 0,923.

A introdução desse fator derivado da relação Ht. corpóreo/Ht. venoso não pode ser desprezada na determinação da volemia segundo a fórmula:

$$F.S. = F.P. \times \frac{100}{100 - (Ht. \times 0,91)}$$

Sabemos que o hematócrito nos dá, também, um valor falsamente alto devido à presença de plasma arrastado pela coluna eritrocítica, mesmo quando obedecidas as condições técnicas padronizadas por Wintrobe. Numerosas técnicas têm sido propostas para o cálculo do plasma arrastado quer com corantes, quer com isótopos. Chaplin e col. usaram o azul de Evans e encontraram valores menores para

o plasma arrastado quando centrifugavam durante 55 minutos em vez de 30 minutos, como padronizou Wintrobe. Ebaugh e Levine, em sangues com Ht. de 33% ou menos, não conseguiram demonstrar plasma arrastado usando método com o radio-cromo. Adaptamos o método de Chaplin para o microHt. e em 5 casos com Ht. variando de 42 a 46% não conseguimos demonstrar a presença de plasma arrastado. Mollison propõe o uso do fator 0,95 para correção do plasma arrastado quando se emprega o tubo de Wintrobe ou similar. Introduzindo esse outro fator (0,95) na fórmula acima e simplificando temos:

$$F.S. = F.P. \times \frac{100}{100 - (Ht. \times 0,86)}$$

O uso dos fatores acima estudados não apresenta interesse na rotina hematológica, onde, geralmente, manipulamos dados comparativos e padrões que não levam em conta os fatores assinalados.

## DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 12 de junho de 1958

Presidente: Dr. Guilherme Mattar

**Moléstia de Nieman-Pick em criança de cor parda.** *Apresentação de um caso.* Drs. Hildegard Thiemann Buckup e Antônio Luisi. — Os autores apresentam os dados clínicos, laboratoriais e anátomo-patológicos relativos a um caso de doença de Niemann-Pick em criança parda, do sexo feminino, por eles observada desde o 5.º mês de vida e falecida aos 12 meses. Julgam interessante o caso, por se tratar do primeiro relatado na literatura pediátrica brasileira e pelo fato de se haver manifestado em paciente de cor parda. A sintomatologia compreendia hepatosplenomegalia, adenopatia generalizada, acentuado atraso psicomotor e pênodo-estatural, hipertonia muscular com atitude opistotônica, movimentos atetóticos e crises de sudorese. Foram encontradas células espumosas nos esfregaços esternal e esplênico e no sangue periférico. Lipemia macros-

cópicamente visível e comprovada pelos exames.


A autópsia revelou presença de células de Niemann-Pick em todos os órgãos examinados, inclusive no sistema nervoso central.

**Imunoquímica do leite humano.** Dr. Rubens Guimarães Ferri. — As proteínas do leite humano e do colostro foram estudadas por meio da eletroforese sobre papel de filtro, dupla difusão em placas de Ouchterlony e imuno-eletroforese de Grabar e Williams.

Pelos dados apresentados, foi demonstrado que as proteínas do leite são eletroforética e imunologicamente equivalentes às proteínas do soro sanguíneo, exceto a caseína.

A imunoglobulina do leite, muito embora possua velocidade eletroforética maior que a da globulina  $\gamma$  sérica, é imunologicamente equiva-

**com aderência  
controlada!**

- 
- aderência controlada, nem excessiva e nem reduzida!
  - super-resistente, apesar de mais fino!
  - flexibilidade máxima - acompanha mesmo as menores dobras da pele!
  - desenrola facilmente, não ofende a pele ao ser retirado!
  - massa adesiva absolutamente branca. Não causa irritações, mantém por mais tempo sua aderência!
  - fácil de rasgar!
  - impermeabilidade total, uniforme e perfeita!



**ESPARADRAPO**

*Johnson*

lente a esta, pois forma arco de precipitação contra soro de coelho imunizado com soro humano, na zona compreendida entre as globulinas  $\beta$  e  $\gamma$ . Foi também demonstrada a presença no leite humano, de proteínas com propriedades imunológicas equivalentes às de  $\alpha_1$  e  $\alpha_2$ , não tendo sido verificada a existência de qualquer globulina que fosse análoga imunologicamente à globulina  $\beta$  do soro sanguíneo.

O autor discute seus resultados, concluindo que o leite humano é muito semelhante ao soro sanguíneo, quanto à sua composição qualitativa. Foi também apresentada breve revisão bibliográfica do assunto.

**Hidratação infantil em ambulatório.** *Experiência do Pronto Socorro Municipal — (P.S.M.-3, Pósto do Ipiranga).* Dr. Dácio Pinheiro. — O Centro de Hidratação Infantil do Pronto Socorro Municipal no Pósto do Ipiranga, P.S.M.-3, inaugurado em 1955, representa a primeira unidade organizada nesta Capital com

a finalidade de combater a desidratação infantil em ambulatório. Diante do aspecto verdadeiramente calamitoso apresentado pela desidratação, especialmente nos meses de verão, e considerando o nosso grande déficit de leitos para crianças, o saudoso Dr. Inácio P. de Gouveia resolveu organizar este peculiar sistema de atendimento, graças ao qual, embora sem ser hospitalizada, uma criança desidratada recebe o tratamento adequado num Serviço especializado onde permanece as horas necessárias para a sua completa recuperação.

O Centro de Hidratação Infantil do Pronto Socorro Municipal, nestes 3 anos de atividade, atendeu cerca de 50.000 crianças, tendo realizado mais de 12.000 hidratações. Levando-se em conta a rapidez com que os processos desidratantes se instalam e se agravam e considerando-se o mau estado geral da maioria das crianças atendidas, o índice de mortalidade (9,8%) observado pode e deve ser aceito como bastante encorajador.

## DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA

Sessão em 6 de junho de 1958

Presidente: Dr. José Thiago Pontes

**Sobre um caso de cirurgia reparadora perineo-ano-reto-cólica.** Dr. Azael S. Leistner. — O autor apresenta um caso da especialidade, por julgá-lo não rotineiro, pela amplitude da reparação efetuada com êxito.

C. C. S., 35 anos, branca, brasileira, solteira, doméstica, procedente do Estado da Bahia. Internada na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 29-8-1957. Desde a infância apresentava constipação intestinal até 10 a 20 dias, usando laxativos. Dos 17 aos 21 anos submeteu-se a tratamento clínico (injeções de arsenicais, mercúrio, bismuto, târtaro emético, etc.), sem resultado. Não se beneficiou também com dilatações do ânus. Internou-se, a seguir, em hospital na Cidade do Salvador, onde foi operada 2 vezes (há 14 anos), sendo a 1.<sup>a</sup> vez por via abdominal e a 2.<sup>a</sup> por via perineal. Seu intestino funciona

normalmente pela colostomia. Procurou este Serviço por pretender voltar a evacuar pelo ânus e para livrar-se da sensação de peso no perineo e de tumoração abdominal. **Abdome:** Apresenta duas estomias na fossa ilíaca esquerda e tumoração ocupando todo o hemiabdome esquerdo, devida a eventração de grande segmento da alça sigmóide proximal à colostomia. **Períneo:** Fraqueza acentuada do períneo posterior, constituído apenas pela pele em contacto com o qual então os genitais internos e alças intestinais. Ânus e canal anal deformados e recobertos de pele, sendo o aparelho esfíncterico sectionado posteriormente, apresentando o aspecto em U, aberto posteriormente.

Radiografia dos cólons e reto: o trânsito intestinal acusou dolico-sigma e segmento de alça sigmóide, distal à estomia, em fundo de saco na

TRIUNFANDO através dos tempos e de  
 geração em geração, como a linhagem  
 dos animais puro-sangue, CODEINA e  
 CLORIDRATO de ETILMORFINA lideram  
 tradicionalmente a terapêutica das TOSSES

# GOTAS IBEL

(CODEINA-CLOR. DE ETILMORFINA)



## FÓRMULA

Cloridrato de Etilmorfina ...	0,003 g.
Codeína .....	0,004 g.
Tintura de Lobelia .....	0,1 g.
Tintura de Grindelia .....	0,1 g.
Tintura de Crataegus .....	0,1 g.
Balsamo Tolu concentrado, q.s.	1 cc

## MODO DE USAR

### Adultos:

40 gotas em um cálice de água açucarada, 4 a 5 vezes ao dia, ou segundo critério médico.

### Crianças:

20 gotas a critério médico.

Receituário Livre

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.

R. Ruy Barbosa, 377 — Fones 36-8075 - 33-3426 — C. Postal 1874 — S. PAULO

pélvis; ausência do reto; radiografia por injeções de contraste pela estomia distal comprovou o segmento de sigmóide citado. Reações de Frei, Machado Guerreiro e para lues: negativas. Operações efetuadas (anestesia geral; auxiliar; Dr. Ernesto Fonseca) — primeira (via perineal): reconstituição do períneo posterior, do ânus e aparelho esfintérico; abaixamento

endoanal do cólon sigmóide, fixado em seu contorno à pele perianal; segunda (via abdominal): 40 dias após, exérese de cerca de 30 cm de sigmóide eventrado e anastomose de sua extremidade proximal ao neorreto (sigmóide fixado ao ânus). Resultado bom. Alta 18 dias após, com funcionamento intestinal normal e continência a fezes e gases.

## DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA

Sessão em 24 de junho de 1958

Presidente: *Dr. Jacyr Quadros*

**Fisiopatologia da oclusão intestinal.**  
Dr. José Ramos Jr. — A oclusão do tubo gastrointestinal constitui uma das síndromes importantes da patologia e que interessa pela sua frequência e pela importância do seu tratamento adequado, baseado principalmente na sua fisiopatologia, a internistas e cirurgiões e, inclusive, a especialistas como os componentes deste Departamento.

A fisiopatologia da oclusão, conquanto haja conclusões parciais não definitivas pelos seus detalhes ainda discutidos, já apresenta as colunas mestres das alterações fisiopatológicas bem individualizadas, sendo possível o conhecimento racional da sua evolução. Das numerosas classificações existentes da oclusão do tubo gastrointestinal, a tendência atual é considerar como a melhor aquela baseada nas modificações fisiopatológicas. Assim, distinguem-se três tipos principais: 1) obstrução simples ou mecânica; 2) obstrução com estrangulamento; 3) obstrução neurogênica, que se subdivide em funcional e adinâmica.

As obstruções mecânica e com estrangulamento da luz intestinal produzem inicialmente, seguindo a lei de Starling, distensão a montante com hiperperistaltismo e a consequente dor em cólica, desde que se alcance o limiar algógeno, e vômitos de composição diversa conforme o local dessa obstrução no trajeto do tubo gastrointestinal. Desde que, pela natureza da lesão obstrutiva ou do corpo obstrutor, se produza comprometimento da

vitalidade da parede abdominal por lesão circulatória local, passa-se em seguida à fase mais grave, a da distensão com paralisia e edema da parede intestinal. Esta fase, que é mais precoce nas obstruções com estrangulamento, é mais tardia nas obstruções mecânicas ou simples. Daí por diante, as alterações locais e regionais da obstrução simples ou com estrangulamento, são comuns, adquirindo as suas etapas maior ou menor velocidade de acordo com a extensão e a intensidade das lesões circulatórias e nervosas, das concentrações de germes e enzimas (lecitinase e hialuronidase), e produtos oriundos da decomposição da hemoglobina, prováveis lâminas patológicas. A distensão das alças intestinais a montante da obstrução se torna progressivamente maior, tornando maior também a anóxia da parede e, como consequência, o edema local, a diminuição da absorção intestinal, a permeabilidade fraquada da parede intestinal aos germes e produtos da decomposição da hemoglobina e ainda, necrose, gangrena e perfuração intestinal e as consequentes peritonites química e bacteriana. Estas alterações locais e regionais apresentam, pois, como etapa anatômica final, a peritonite.

As modificações bioquímicas do plasma nas obstruções mecânicas e com estrangulamento dizem respeito ao pH, eletrólitos, água, protídeos e elementos figurados do sangue. O pH se orientará para a elevação ou

---

Para uma terapia radical da amebíase



Atuando eletivamente  
sobre a *Entamoeba histolytica*  
o MEBINOL elimina  
de maneira definitiva  
o agente responsável  
da doença:  
o MEBINOL é, de fato,  
o único antiamébio  
com o qual se pode obter  
100% de resultados terapêuticos positivos

**MEBINOL**

**ERBA**

*Altamente eficaz  
ótimamente tolerado*

---



abaixamento, alcalose ou acido-se respectivamente, conforme a natureza dos electrólitos desviados, que altera o seu equilibrio. De regra, há hipocloremia e hiponatremia mais ou menos accentuadas com hipocalcemia de menor grau, em geral antes do estabelecimento do choque, podendo passar à hipercalcemia na vigência do estado de choque, sendo então de relevante importância a determinação quantitativa destes electrólitos no plasma para a correção terapêutica. A hiperazotemia é a regra, conseqüente à decomposição aumentada e à menor eliminação renal. A hipovolemia com hemocentração constitui a regra, podendo deixar de existir a hemocentração e a oligocitemia se houver desvio equivalente do plasma e hemácias para fora (peritônio) e para dentro da luz intestinal. A hipoprotidemia é também a regra depois de algum tempo de evolução da oclusão gastrointestinal.

As modificações bioquímicas do plasma, juntamente com as alterações locais e regionais da oclusão do tubo gastrointestinal, que terminam em peritonite, levam, no seu conjunto, ao choque toxiinfectioso incontrolável e à morte.

As obstruções neurogênicas adinâmicas são conseqüentes às lesões circulatórias ou nervosas primárias de determinado segmento intestinal (embolia, trombose arterial ou venosa dos vasos do mesentério, tumor para-intestinal com lesão dos nervos aferentes) e poderão ter também uma seqüência fisiopatológica praticamente igual às obstruções simples ou com estrangulamento. A interrupção circulatória ou a lesão nervosa local, com conseqüente perturbação circulatória, interrompem o isoperistaltismo intestinal no segmento correspondente à irrigação interrompida, tudo se passando como se houvesse um corpo ou lesão obstrutiva da luz intestinal com a interrupção do gradiente do peristaltismo intestinal, ficando, portanto, paralisada essa parte do intestino.

As obstruções neurogênicas funcionais ou flego neurogênicas propriamente dito, são conseqüentes a mecanismos provavelmente reflexos e que se observam em alguns casos de cólicas nefréticas ou biliares ou no pós-operatório imediato de algumas intervenções renais e prostáticas e que, por vezes, levam a confusão de diagnóstico.

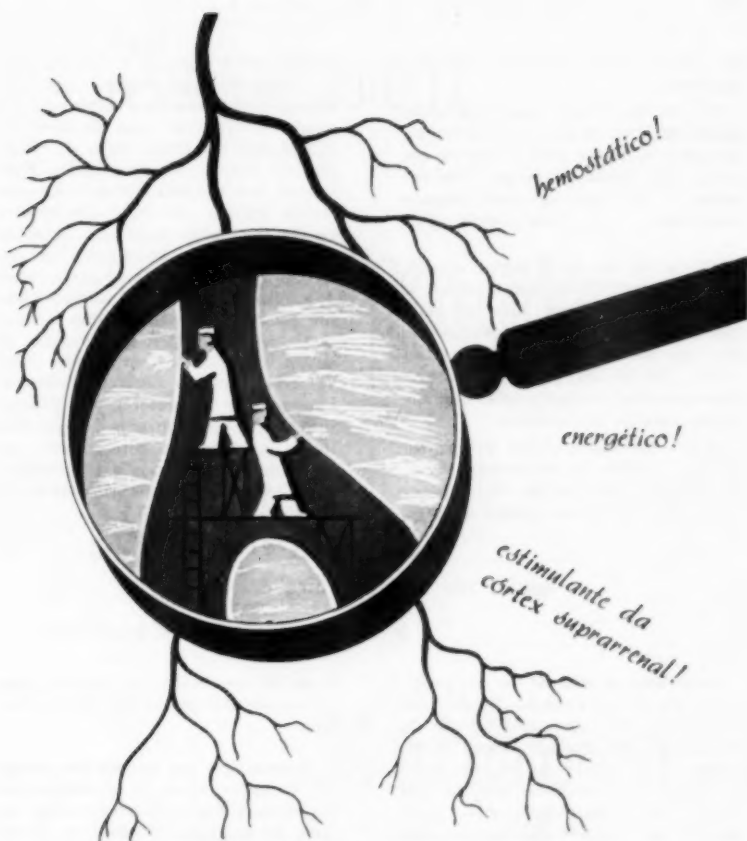
## Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 12 de agosto de 1958

**Sócio correspondente** — Inicialmente foi eleito, com palmas, para sócio correspondente da Sociedade Médica São Lucas o prof. Júlio Dante Baistrocchi, da Argentina, presente à reunião. Foi-lhe entregue o diploma devido. O presidente convidou-o a que participasse da direção da mesa, sentando-se a seu lado.

**Varicocele** — O dr. Eurico Branco Ribeiro falou sobre o processo de tunelização no tratamento da varicocele. Passou depois um filme demonstrativo da sua técnica. O assunto foi discutido pelo Dr. Fuad Al Assal e prof. Júlio Baistrocchi.

**Varizes** — Foi dada a palavra, a seguir ao dr. Hector Montoya que discorreu sobre as varizes e seu tratamento. Acentuou o interesse de se fazer um estudo detalhado das veias em questão, antes de se planejar o tratamento. Usa a anestesia tronco-regional do femuro-cutâneo na sua emergência do crural, ao lado externo da artéria crural, o obturador no seu agulheiro, e os nervi-vasorum da artéria crural. Apresentou a orientação seguida por Bertola e Baistrocchi. Ilustrou a sua conferência com numerosos diapositivos. Apresentou o fleboextractor de Baistrocchi e mostrou com desenhos no qua-



# PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguíneo  
Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em solução isotônica de sais minerais, com pH=7

**Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico,  
cirúrgico e decorrente de queimaduras).**

**Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.**

Frasco com 500 ml

LABORATÓRIOS FARMACÉUTICOS VICENTE AMATO-USAFARMA S/A. — S. PAULO

dro negro como funciona esse instrumento.

O prof. Baistrocchi referiu-se sobre alguns detalhes da técnica de extração, que deve ser feita com o doente em posição de Trendelenburgo. Usa enfaixar o "membro operado durante trinta dias, o que evita complicações.

**Câncer do reto** — A seguir o prof. Julio Baistrocchi discorreu sobre o tratamento do câncer alto do reto. Apresentou os instrumentos pessoais que usa na cirurgia do reto e da última porção da sigmóide. Usa a dilatação anal posoperatória, que lhe parece detalhe interessante.

O dr. Adalberto Leite Ferraz salientou o valor da orientação seguida pelo prof. Baistrocchi. O dr. Daher Cutait fez referência à pinça do prof.

Baistrocchi e chamou a atenção para as deiscências de sutura, cuja profilaxia é obtida com a derivação externa. A recidiva local ao nível da sutura foi focalizada pelo dr. Waldemiro Nunes. O prof. Julio Baistrocchi falou ainda sobre o esvaziamento pélvico, que já é um recurso tardio para uma lesão que já ultrapassou o estágio localizado; as ressecções paliativas são muitas vezes aconselháveis. O ânus transversal não lhe parece tão prático como o ânus cecal na derivação garantidora da sutura intestinal: entretanto cada vez usa menos a derivação externa. Usa sempre a radioterapia posoperatória e nestes últimos 3 anos tem usado a mostarda nitrogenada por cerca de 15 dias após a intervenção, para anular as células disseminadas no ato operatório.

### Sessão em 26 de agosto de 1958

Presidente: *Dr. Adalberto Leite Ferraz*

**Sócio correspondente** — O presidente fez a apresentação do dr. José Schavelzon, cirurgião do Instituto de Radiologia de Buenos Aires, entregando-lhe o título de sócio correspondente da Sociedade Médica São Lucas. O dr. José Schavelzon agradeceu a homenagem que lhe foi conferida.

**Divertículo do esôfago** — Dr. Pedro Luiz de Oliveira. O A. discorreu sobre divertículo do esôfago, mostrando a sua etiopatogenia, a sua sintomatologia, os meios de diagnóstico e as várias técnicas usadas para o tratamento cirúrgico. Apresentou um caso recém operado no Sanatório São Lucas, mostrando uma fotografia da peça cirúrgica e as radiografias do caso.

**Comentários.** — O dr. José Maria Cabelo Campos discorreu sobre o exame radiológico dos divertículos do esôfago. O dr. José Schavelzon salientou as dificuldades do exame radiológico e a importância da colaboração entre o clínico e o radiologista.

O dr. Eurico Branco Ribeiro fez considerações do ponto de vista cirúrgico.

**Hemorragia por varizes do esôfago** — A seguir o dr. José Schavelzon discorreu sobre o tratamento das varizes do esôfago. Mostrou os inconvenientes de várias técnicas. Considerando as varizes como se fossem angiomas, procura promover a esclerose dos vasos por meio da irradiação roentgen. Os tratamentos propostos são todos paliativos. A radioterapia produz uma endoflebite. A cobaltoterapia é mais eficiente. Um colar de cobalto é introduzido através do esôfago até o estômago e aí se faz uma irradiação de até 3.000 r em 2 a 3 horas. Tem observação de um paciente que não teve recidiva de sua hemorragia por varizes esofagianas no decurso de dois anos. Já tratou 18 pacientes, 5 dos quais morreram no primeiro ano de cirrose; 1 foi queimado; dez passaram dois anos sem recidiva da hemorragia. Apresentou volumosa documentação sobre os casos tratados.

# Xantinon

AMPÔLAS

# Xantinon

DRÁGEAS

# Xantinon

LÍQUIDO

# Xantinon B 12

AMPÔLAS

# Xantinon B 12

DRÁGEAS

 *Laboratório Xavier*  
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Todos os produtos do Laboratório Xavier  
(João Gomes Xavier & Cia. Ltda.)  
são de propaganda exclusivamente médica.

**Comentários:** O dr. Moacyr Boscardin salientou o valor do tratamento original do dr. José Schavelzon. O dr. José Maria Cabelo Campos referiu-se ao exame radiológico das varizes do esôfago e comentou a aplicação do cobalto diretamente sobre o esôfago. O dr. José Schavelzon apresentou um tratamento que não

se pode qualificar de paliativo — disse o dr. Eurico Branco Ribeiro. O dr. José Schavelzon acentuou que o colar de cobalto é empregado profilaticamente e não durante a hemorragia; o seu tratamento é paliativo em relação à enfermidade que determinou o aparecimento das varizes esofagianas.

## IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Arquivos Médicos Municipais**, Vol. X, n.º 2, abril-junho de 1958. Alguns pontos de interesse sobre antibióticos — F. Caldeira Algodoal; Comparação entre a biópsia de válvula de Houston e o exame de fezes pelo método de Hoffmann Pons-Janer modificado, para o diagnóstico da Esquistossomose Mansonii — Milton Alvim Soares, Moacyr Padua Vilela e Marcos Cabeça; O problema dos surdo-mudos — Considerações de ordem médica — Horacio Martins Ribeiro.

**Caderno de Terapêutica, Labor**, Vol. IV, n.º 5, dezembro de 1958. Atividade "in vitro" da Kanamicina sobre microorganismos isolados de infecção do trato urinário — Daisy de Moura Bastos, José Abreu Citrângulo e Nelson Planet; Tratamento da infecção nas queimaduras — Ary do Carmo Russo; Artrites infecciosas — Hernani D'Auria; Tratamento das artrites infecciosas — Sérgio Ignácio Ruiz; Tratamento da amebíase — Wladimir da P. Gomes Ferraz.

**Maternidade e Infância**, Vol. XVII, n.º 3, julho-setembro de 1958. Anoxia e suas sequelas neurológicas — Domingos Delascio, José Olympio Senna e Jacques Crespín; Manifestações oculares na toxemia gravídica — Eunísio Fraga e Domingos Delascio; Parto terapêutico em pacientes hipertensas — Artur de Almeida e Fernando Prestes Cesar; Displasias raquimedulares e crânio-encefálicas —

Carlos Gama, Silvio Larocca de Paiva e João Pereira Rodrigues; Problemas de cirurgia del lactente. El pre y el postoperatorio — Dr. Alfredo Laragua; Carência protéica na criança — Azarias de Andrade Carvalho e Nuno de Paiva Braga.

**Neurônio**, Vol. XIX, n.º 4, 4.º trimestre de 1958. Medicina social, seguro social, conceitos gerais — Flaminio Fávero; Recuperação psíquica. Considerações psiquiátrico-forenses — H. Veiga Carvalho; A necessidade do liberalismo em matéria de psicanálise — A. C. Pacheco e Silva Filho.

**Pediatria Prática**, Vol. XXIX, fasc. 10, outubro de 1958. Mortalidade infantil — Olavo Lustosa; Manifestações nervosas da giardíase na infância — Milton Medeiros; Agamaglobulinemia — Mauricio Grinberg.

**Resenha Clínico-Científica**, Ano XXVIII, 1/2, janeiro-fevereiro de 1959. Estado atual do problema da cirrose hepática; Síndrome mediastínica — Edgardo Escobar Cerda e Hernán Ruiz Pulido; Psicopatologia do parto — O mecanismo da dor e a importância da psicanálise para a aplicação do método de Dick Read; Polineurites tóxicas; Evolução no campo dos antibióticos.

**Revista Brasileira de Radiologia**, Vol. 1, n.º 2, abril-junho de 1958. Úlceras gastro-duodenais hemorrágicas — Dr. Luís Carlos Fonseca e Dr.

Um despertar agradável,  
à hora habitual,  
depois de uma noite com

# Doriden

Sonífero suave  
e inofensivo.  
Não é barbitúrico.

C I B A



Murilo R. Viotti; Efeitos genéticos das radiações no homem — N. Freire Maia; O tratamento das lesões benignas e malignas com radioterapia de contato de baixa voltagem — Dr. Arnold D. Piatt; Casos interessantes: Artrite gotosa; Pólipo do estômago; Invaginação intestinal; Osteomielite crônica; Mucosa redundante; Calculose renal.

**Revista do Hospital das Clínicas,** Vol. XIII, n.º 6, novembro-dezembro de 1958. Comparação dos métodos microbiológicos (*L. fermentum*) e fluorométrico (tiocromo) para determinação da vitamina B1. Alberto Carvalho da Silva e Rebecca Carlota de Angelis; Neorrinoplastias — Victor Spina; Tempo de sangramento; estudo crítico dos métodos — Cecy Barros, Therezinha Verrastro e Michel Jamra; Serotonina (5-hidroxi-triptamina); algumas observações sobre a sua ação no tempo de sangramento — Cecy Barros, Therezinha Verrastro e Michel Jamra. Reparação cutânea secundária das lesões traumáticas da mão — Lauro Barros de Abreu; O emprego do palmar longo (*palmaris longus*) e do plantar (*plantaris*) nos enxertos de tendão — Lauro Barros de Abreu; Atividades do Serviço de Queimaduras nos seus 10 primeiros anos de funcionamento oficial (1948-1957).

**Revista de Medicina de São Paulo,** Vol. XVIII, n.º 7, julho de 1958. Biópsia pré-esclênica e dos gânglios cervicais profundos — Bindo Guida Filho; Valor da reação de fixação de complemento para leishmaniose

visceral com antígeno extraído de bacilos de tuberculose, 1 — sensibilidade e especificidade — Victor Nussenzweig; Considerações sobre 15 casos de evisceração pélvica, por câncer — Dr. Azael S. Leistner.

**Revista Paulista de Hospitais,** Vol. VI, n.º 10, outubro de 1958. Programa de Educação Sanitária em Hospitais — Dr. Nilo Chaves de Brito Bastos e Jérôme Grossman; Dois Congressos internacionais de História de Medicina e da Farmácia; Evolução da Assistência Hospitalar em São Paulo — Pe. Carlos Alberto Pigatto; Mesa Redonda de São João da Boa Vista; Relações do Corpo Clínico com o Administrador — Luiz Oswaldo Fernandes; O Hospital Municipal de São Paulo — Planejamento de suas instalações e equipamento — Dr. Oswaldo Bruno; A enfermaria do hospital — Dr. Anthero Barradas Barata; Tuberculose e Hospital Geral — Eloi Vicente Bettega; Hospital de Catanduva; Serviço Social Médico — Interrelações profissionais — Hebe Gonçalves; Dr. José Gabriel Borba; Boletim da Associação Paulista de Hospitais; Continuar como estamos ou introduzir a técnica hospitalar? — Ruth L. Grigorowitch; Serviço Médico grátis ou pago? Lucilla A. de Sousa; Engenharia e Manutenção. Ar condicionado e refrigeração. Eng. Thomas C. Thompson; Hospital Infantil da Legião Brasileira de Assistência; Funções do Administrador de Hospital Pequeno — Ida B. Borges Carneiro; Amparo Maternal.

## CETAVLON

— TINTURA —

*no preparo pré-operatório do paciente*

★

**CIA. IMPERIAL DE INDÚSTRIAS QUÍMICAS DO BRASIL**

Caixa Postal, 6950

Tel. 37.6296

SÃO PAULO



Caixa Postal, 953

Tel. 52.2587

RIO DE JANEIRO



# NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

**FÓRMULA:**

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

**INDICAÇÕES TERAPEÚTICAS:**

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

**MODO DE USAR:**

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.



**LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.**

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

## INSTITUTO RADIOLÓGICO “CABELLO CAMPOS”

**Radiodiagnóstico e Radioterapia**

***Diretor:* Dr. J. M. CABELLO CAMPOS**

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



**RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655**

**SÃO PAULO**

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

## Schistosoma Mansoni (\*)

50.<sup>o</sup> aniversário da descoberta pelo Prof. Pirajá da Silva. — No ano de 1908, num modesto laboratório de análises clínicas, instalado no Hospital Santa Isabel, da Bahia, um não menos modesto assistente de Clínica Médica, ao examinar fezes de pacientes internados em seu serviço nosocomial, encontrou a deparar, com certa frequência, elementos estranhos até então desconhecidos em nosso meio. Tratava-se de ovos de vermes, dotados de um espículo lateral, cuja proveniência intrigou a curiosidade do observador.

Quatro anos antes, este os havia encontrado em idênticas condições, sem poder esclarecer-lhes as origens. Nessa outra época, porém, já lhe chegara aos ouvidos o rumor de determinada contenda, estabelecida no Velho Mundo, a propósito da significação de tais elementos. Segundo uns, não passavam de meras variantes de ovos de "*Schistosomum haematobium*", verme produtor de hematuria do Egito. Conforme outros, constituíam germes de uma nova espécie, batizada em 1907 pelo prof. Sambon, com o nome de "*Schistosomum mansoni*". Defendia intransigentemente a primeira hipótese o maior helmintologista da época, Artur Looss, professor de Biologia e Parasitologia da Escola de Medicina do Cairo. Para ele, os ovos de espículo lateral surpreendidos nas fezes de pacientes que eliminavam pelas urinas ovos de espículo terminal, característicos de "*S. haematobium*", não eram mais do que formas infecundas desta última espécie. Estribava-se, para isso afirmar, no fato de só haverem sido observados semelhantes ovos no útero das fêmeas isoladas. E arquitetara engenhosa e complicada explicação para justificar sua formação. Advogavam a segunda alternativa, isto é, pertencerem os

ovos lateralmente espiculados a outra espécie, Patrick Manson e alguns de seus colaboradores da Escola de Medicina Tropical de Londres. Com efeito, no ano de 1902, tivera ensejo o famoso tropicalista inglês de examinar certo enfermo, procedente da América Central, o qual nunca estivera na África, nem jamais fôra acometido de hematuria, e apenas expelia ovos de espículo lateral pelas fezes, sem nada de anormal apresentar na urina (1). Consorciando tal observação com a inexistência da hematuria endêmica esquistossomótica nas regiões americanas, aventara Manson, ao lançar a 3.<sup>a</sup> edição de sua obra "*Tropical Diseases*", a possibilidade de haver duas espécies de esquistossomos de ovos espiculados, que se diferenciavam pela implantação polar ou lateral do aculeo, eliminando-se os primeiros predominantemente pela urina, e os últimos simplesmente pelas fezes (2). Sambon, quatro anos mais tarde, depois de analisar determinado material imprestável que lhe fôra ter às mãos, baseado antes em conjunturas bem fundadas do que em fatos de observação direta, propôs, como disse, a criação da nova espécie, perante a Sociedade de Zoologia de Londres, denominando-a "*S. Mansoni*" em homenagem à clarividência do seu colega e amigo (3).

(1) P. MANSON: *Report of a case of Bilharzia from the West*, in "*The Journal of Tropical Medicine*", Dec. 15, 1902, págs. 384-385.

(2) P. MANSON: *Tropical Diseases*, 3.<sup>a</sup> edição, Londres, 1903, pg. 613.

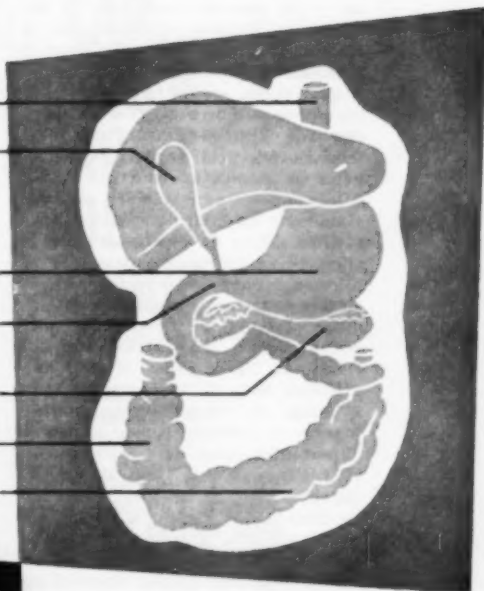
(3) L. W. SAMBON: *Descriptions of some New Species of Animal Parasites*, in "*Proceedings of the General Meetings for Scientific Business of the Zoological Society of London*", 1907, págs. 282-283.

(\*) Palavras pronunciadas pelo Dr. Edgard Cerqueira Falcão, na sessão solene comemorativa do cinquentenário da descoberta e identificação do *Schistosomum mansoni* no Brasil, realizada no Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo, a 1.<sup>o</sup> de dezembro de 1958.

## VANTAGENS DO LEITE EM PÓ ACIDIFICADO

# Pelargon

- Parcialmente pré digerido.
- Estimula o fluxo da bilis.
- Diminui o esforço do estômago reduzindo o "poder tampão" do leite compensando a ação do fosfato de cálcio e da caseína.
- Favorece o funcionamento normal do piloro.
- Estimula a secreção do suco pancreático.
- Favorece a absorção do cálcio.
- Favorece a flora normal do intestino



- Digestão mais fácil.
- Permite administrar maior quantidade de leite sem causar distúrbios.
- Pode ser dado mais concentrado desde o início do aleitamento.
- Perfeita assimilação da gordura.
- Elevado índice de imunização.

Uma especialidade

NESTLÉ

Pirajá da Silva, assim se chamava o modesto assistente de Clínica Médica retro-referido, ao observar os primeiros casos de esquistossomose na Bahia, tratou logo de comunicar-se com Manson, em Londres. Escreveu-lhe minuciosa carta, acompanhada de preparações microscópicas por ele feitas. Tal missiva e tais lâminas foram por Manson encaminhadas a Robert T. Leiper, helmintologista e professor da mesma escola londrina, o qual vinha, então, fazendo pesquisas especiais sobre a matéria. Respondeu este último a Pirajá da Silva, felicitando-o pela importante descoberta da doença na América do Sul e solicitando-lhe a colheita de mais abundante material para estudos anatómicos acerca da espécie americana. Ofereceu-se, outrossim, para levar as informações do observador brasileiro ao conhecimento da Sociedade de Medicina Tropical de Londres, da qual era presidente Sir Patrick Manson. Datava de 24 de julho de 1908 essa primeira carta de Leiper endereçada a Pirajá da Silva. Nesse interim, juntara o médico baiano novos e importantes dados aos achados iniciais. Autopsiando indivíduos que expeliam ovos de espículo lateral pelas fezes e que vieram a falecer sob sua assistência, encontrara, na veia porta e em suas primeiras ramificações, os animais adultos responsáveis pela postura dos mesmos. Surpreendeu-os isolados e em pleno ato sexual. No útero das fêmeas acasaladas, notou o mesmo tipo de ovo lobrigado nas coproskopias. Examinando atentamente os parasitos hemáticos, percebeu desde logo sua semelhança com o seu parente próximo, causador de outra grave enfermidade, felizmente inexistente entre nós, a chamada hematuria do Egito. De posse de tão rico material (vinte e quatro vermes encontrados na terceira necropsopia, sendo dezenove machos isolados, uma fêmea isolada e dois pares em cópula), publicou na imprensa médica nacional (4), soberbo

estudo, descrevendo minudentemente tudo quanto deparara, inclusive os caracteres anatómicos dos vermes adultos, e partiu em seguida para a Europa.

Em Paris, tomou contacto com os mais eminentes conhecedores do assunto, correspondendo-se com quase todos os estudiosos que investigavam a esquistossomose, cedendo-lhes material trazido do Brasil. Leiper foi dos primeiros com que passou a trocar idéias (5). Escreveu-lhe a 5 de janeiro de 1909, participando a chegada à Capital da França. Respondeu-lhe o helmintologista de Londres, acusando recebimento do trabalho e dos exemplares de *Bilharzia* enviados da Bahia, e regozijando-se pela proximidade em que se encontravam. Desde então, porém, entrou a discordar da opinião de Pirajá da Silva, no tocante às características diferenciais, por este apresentadas para distinguir-se o *S. mansoni* do *S. haematobium*, alegando serem formas imaturas os espécimes surpreendidos no fígado e na veia porta. Também divergiu do seu pensar quanto à maneira do embrião sair do ovo. Por fim, sugeriu ao médico brasileiro a publicação duma nota prévia na imprensa europeia sobre a ocorrência da doença no Brasil, sem divulgar, no entanto, os comentários a respeito da constituição anatómica do verme. Quase um mês depois, ou seja, a 2 de fevereiro seguinte, escreveu-lhe de novo Leiper, em resposta a outra carta recebida nesse intervalo. E' a mais importante das missivas de Leiper. Pelo seu conteúdo, percebe-se nitidamente a posição em que se defrontavam as duas correntes antagônicas naquele instante, exprimindo-se com franqueza seu pensamento

451-454, o trabalho definitivo, intitulado "Contribuição para o estudo da Schistosomose na Bahia".

(5) Cinco foram as cartas enviadas por Leiper a Pirajá da Silva entre 24 de julho de 1908 e 12 de julho de 1909, por mim encontradas entre os guardados do segundo. Aham-se reproduzidas facsimilmente, em letra de forma e verdadeiras para o português, no meu livro "Novas achegas ao estudo da determinação da especificidade do *Schistosomum mansoni*" — São Paulo, 1957, págs. 55-81.

(4) A nota inicial foi estampada no "Brasil-Médico", do Rio de Janeiro, n.º 29, de 1-8-1908, págs. 281-283. Na mesma revista, foi inserto nos números 45 e 46, de 1 e 8-12-1908, págs. 441-444 e



# NO LAR... SOB A AÇÃO DE SIQUIL

(Triflupromazina Squibb)

**ENÉRGICO  
ESTABILIZADOR  
PSÍQUICO  
QUE PERMITE  
TRATAMENTO DOMICILIAR  
DE PACIENTES AGITADOS  
QUANDO OUTRORA SERIA  
REQUERIDA HOSPITALIZAÇÃO**

Um novo medicamento, notavelmente seguro. SIQUIL é mais enérgico e mais fácil de ser administrado que a clorpromazina, e, ao contrário de outras derivadas da fenotiazina, não provoca sedação ou excitação exageradas, letargia, lesão hepática ou convulsões não têm sido associadas a seu emprego.

"... caracterizado pela produção de pequena ou nenhuma sedação, em contraste com a clorpromazina e reserpina..."

"... maior efeito benéfico sobre as manifestações psicóticas, tais como delírios, alucinações e excitação patológica..."

"... mais moderado na produção de efeitos colaterais do que..." a clorpromazina, pimozina, mepazina, proclorperazina e perfenazina, e

**INDICADO** no tratamento de pacientes agitados, esquizofrênicos não internados, pacientes idosos com perturbações cerebrais orgânicas, pacientes na fase maníaca de psicose afetiva, excitabilidade subsequente ao uso de álcool, síndrome de abstinência de álcool e para a prevenção e tratamento de náuseas e vômitos.

**APRESENTADO**, para uso oral, sob a forma de comprimidos de 10, 25 e 50 mg., em frascos de 25 comprimidos; e como emulsão, contendo 10 mg./cm<sup>3</sup>, em frascos de 30 cm<sup>3</sup> com conta-gotas. Para uso parenteral, como uma solução contendo 10 e 20 mg./cm<sup>3</sup>, em ampolas de 1 cm<sup>3</sup>, caixa com 25 ampolas.

• Goldman, D. Am. J. M. Sc. 235:67, 1958

**SQUIBB**



UM SÉCULO DE EXPERIÊNCIA INSPIRA CONFIANÇA

pessoal, inclinado antes a favor de Looss do que de Sambon. Declara Leiper, sem hesitação, sua incapacidade de distinguir, até aquele momento, o *S. haematobium* do *S. mansoni*, no material recebido do estrangeiro, apregoando taxativamente: "Lamento não ter sido capaz, até agora, de diferenciar o *Schistosomum mansoni* do *Schistosomum haematobium* no material que recebi do exterior, não podendo assim enviar-lhe exemplares de cada espécie. Ambas as formas são encontradas no Egito, e nós, na Europa, obtemos os vermes da veia porta; estes podem ser exemplares de qualquer das duas espécies, e até agora não dispomos de meios para diferenciá-los". Ainda adiante, todavia, afirma: "Penso que a questão ainda não está resolvida. Existe muita teoria, tanto nos pontos de vista de Looss, como nos de Sambon. Creio que ambos necessitam de maior número de fatos. Estudei durante um ano com o prof. Looss e testemunhei o suficiente para confiar mais em suas observações que nas do dr. Sambon, mas, ainda não formei opinião pessoal sobre o assunto, e, no momento, mantenho correspondência com o dr. Looss a respeito de algumas dificuldades que encontrei em aceitar sua teoria". Traduzem esses tópicos a confusão então reinante no espírito de Leiper, uma vez que, aceitando implicitamente, no primeiro trecho, a existência das duas espécies, tendia, no segundo, a confiar mais nas observações de Looss do que nas de Sambon, equivalendo a dizer: acreditar antes no unicismo que no dualismo. Que é isso senão a prova provada de que Sambon não conseguira individualizar o *S. mansoni*, de modo a convencer a todos de sua existência real? Se já não bastasse sua própria confissão, proclamada e repetida nos estudos publicados até então (6), de não ter conseguido ma-

terial em condições de poder descrever os caracteres anatómicos dos vermes adultos, imprescindíveis para completa diferenciação da espécie nova, aí está a afirmação categórica de Leiper, em fevereiro de 1909, para atestá-lo flagrantemente: "Não dispomos de meios para diferenciá-los!"

Aproximando-se de Rafael Blanchard, o eminente catedrático de Parasitologia na Faculdade de Medicina de Paris, foi Pirajá da Silva encaminhado pelo conspícuo mestre francês para o laboratório de Maurice Letulle, sob cuja orientação se procedeu à análise do material trazido da Bahia, do ponto de vista anátomo-patológico. Era Letulle profundo conhecedor das lesões histológicas da bilharziose intestinal. Tivera ensejo de publicar em 1905, extensa monografia sobre o assunto (7). E por pouco não chegara a descobrir o *S. mansoni* antes de Pirajá da Silva. A simples falta dum rotineiro exame de fezes num paciente que lhe viera às mãos, egresso da Martinica, cometido de típica esquistossome americana, privou-o dessa prioridade. O diagnóstico casual só pôde ser estabelecido tardiamente, post-mortem, quando no sangue da veia porta já não era mais exequível acharem-se os elementos etiológicos, isto é, os esquistossomos adultos.

No mês de março de 1909, entregou PIRAJÁ DA SILVA a BLANCHARD o manuscrito em francês, contendo sua monografia definitiva, intitulada *La schistosomose à Bahia*. Nela vêm compendiadas todas as suas observações feitas no ano anterior, acrescidas de desenhos elucidativos, calcados em preparações microscópicas, dos caracteres anatómicos dos vermes adultos, machos e fêmeas, e duma notula anátomo-patológica, redigida pelo próprio LETULLE. Publica-a, a seguir, BLANCHARD em seus "Archives de Parasitologie", Tome XIII, n.º 2, 1908, págs. 283-302, Paris. Estava, pois, lançada e ia ser difundida, por todo o mundo

(6) L. W. SAMBON: *Remarks on Schistosomum Mansoni*, in "The Journal of Tropical Medicine and Hygiene", September 16th, 1907, págs. 303-304.

L. W. SAMBON: *What is "Schistosoma mansoni" Sambon, 1907?*, in "The Journal of Tropical Medicine and Hygiene", Jan. 1st, 1909, págs. 1-11.

(7) M. LETULLE: *Bilharziose intestinale*, in "Archives de Parasitologie", Tome IX, n.º 3, 1905, págs. 329-439, Paris.



## EMULVIT\*

EMULSÃO DE VITAMINAS

Frasco com 200 cm<sup>3</sup>

*Cada colher-medida (5 cm<sup>3</sup>) contém:*

vitamina A 4.000 U. I.; vitamina D 400 U. I.;

vitamina B<sub>1</sub> 4 mg; vitamina B<sub>2</sub> 1,5 mg;

vitamina B<sub>6</sub> 0,6 mg; vitamina B<sub>12</sub> 0,5 mcg;

vitamina C 25 mg;

pantenol 0,2 mg; niacinamida 10 mg.



**Instituto Pinheiros, Produtos Terapêuticos S. A.**

\* mediante concessão de Collett & Co. A/S., Noruega.



científico, a descrição completa, pela primeira vez feita, e feita no Brasil, do *Schistosomum mansoni*. A convicção de haver encontrado uma espécie nova, diversa do *S. haematobium*, era então inabalável no espírito do pesquisador brasileiro, que começa com este período: "Les notions de clinique et de parasitologie sur lesquelles nous voulons attirer l'attention, présentent un double intérêt. D'une part, en effet, nous avons signalé pour la première fois au Brésil l'existence de la schistosomose, d'autre part le parasite que nous avons trouvé nous paraît être une espèce distincte dont l'individualité n'avait pas encore été nettement mise en évidence". E encerra desta outra forma seu magistral estudo: "D'après ce que nous venons d'exposer, nous croyons que si le *Schistosomum* que nous avons observé à Bahia n'est pas le *Schistosomum mansoni*; il s'agit d'une espèce distincte du *Schistosomum haematobium*; nous basons sur la forme de ses oeufs, sur son habitat anatomique, son rôle pathologique, sa distribution géographique, ses dimensions, etc. Bientôt peut-être, de nouvelles recherches permettront d'affirmer l'existence d'une nouvelle espèce américaine: *Schistosomum americanum*".

Tudo quanto PIRAJÁ DA SILVA expôs nesse monumental trabalho, ainda hoje se encontra de pé no que tange aos caracteres diferenciais apontados em relação ao *S. mansoni*, comparativamente ao *S. haematobium*, a saber: número de massas testiculares quase em dobro, nos machos; situação do ovário na metade anterior do corpo, curta dimensão do útero, em cujo interior se encontra um ovo maduro de cada vez, e extensa distribuição das glândulas vitelogênicas nos dois terços posteriores do corpo, nas fêmeas (8). Oito anos mais tarde, alinha LEIPER esses mesmos caracteres diferentes nas páginas do "The British Medical Journal" e do "Tropical Diseases Bulletin", sem a menor refe-

rência à contribuição original de PIRAJÁ DA SILVA (9).

Dentre outros proeminentes tropicalistas europeus consultados na ocasião pelo investigador baiano, sobressaem A. LE DANTEC, de Bordeaux, ALBERT HENRY, de Alfort, e LORTET, de Lyon (10).

LE DANTEC, autor dum didático "Précis de Pathologie Exotique" (Collection Testut), não só aceita e aplaude a contribuição brasileira para o conhecimento do *S. mansoni*, como solicita permissão para estampar as descrições dos vermes adultos elaboradas por PIRAJÁ DA SILVA, o que faz na 3.<sup>a</sup> edição do seu manual, saída do prelo em 1911. Entre outros comentários escreveu LE DANTEC à pág. 865 do Vol. II dessa edição: "Aussi SAMBON avait-il proposé d'appeler la future espèce, encore inconnue, du nom de *Schistosomum Mansoni*. En 1908, PIRAJÁ DA SILVA découvre à Bahia (Brésil) un schistosome caractérisé par des oeufs à éperon latéral. Cette nouvelle espèce doit-elle s'appeler *S. Mansoni*, ou, pour honorer la découverte du savant brésilien, doit-elle se nommer *S. SILVA*? L'avenir le décidera".

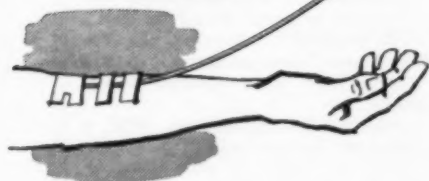
ALBERT HENRY, colaborador à altura do grande ALCIDE RAILLIET, DE ALFORT, em sua modéstia de sábio e revelando perspicácia fora do comum, escreve a Pirajá da Silva: "N'ayant pu examiner qu'un seul individu mâle de votre *Schistosomum*, je ne puis vous fournir que des renseignements bien restreints. Alors que l'espèce courant *Sch. haematobium* ne possède que 4 masses testiculaires, l'exemplaire de votre espèce en avait 7 ou 8. Si ce caractère se confirmait sur d'autres préparations — en même

(9) Como apêndices, foram por mim reimpressas, facsimilarmente na íntegra, às págs. 193-195 do meu livro *Novas achegas...*, op. cit., essas duas publicações de Leiper, estampadas no ano de 1916.

(10) Acham-se reproduzidas facsimilarmente, em letra de forma e vertidas para o português, às págs. 97-100 e 109-113 de "Novas achegas...", op. cit., cartas remetidas a Pirajá da Silva, por esses três pesquisadores, datadas, respectivamente, de 13-2-909, 6-4-909 e 8-4-909.

(8) Vide gravuras, 3, 4 e 5 da monografia *La Schistosomose à Bahia*, insertas às págs. 286 e 289 dos "Archives de Parasitologie", Tome XIII, n.º 2, 1908-09, Paris.

**do laboratório...  
ao paciente**



**oferecem sempre**

- ★ **pureza inexcelável**
- ★ **precisão invariável**
- ★ **confiança absoluta**

**SOLUÇÕES**

**BAXTER**

Até chegar ao paciente, as Soluções Baxter passam por toda uma série de rigorosíssimos testes para lhes assegurar o mais alto padrão de qualidade. Eis porque a Classe Médica confia nas Soluções Baxter - o máximo em terapêutica parenteral de dosagem maciça.

**SOLUÇÕES BAXTER**

Fabricadas no Brasil por

**INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.**

Matriz: Rio de Janeiro - R. Real Grandeza, 293 - Tel.: 46-8050 - Cx. P. 3.705 - Teleg.: "Picot"

Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) - Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Manoel Dutra, 218 - Telef.: 32-9826 - Enderêço Telegráfico: "Baxter"

temps que les oeufs à pinte latérale chez la femelle — vous auriez une bonne caractéristique de *Sch. mansoni*". Discerniu Henry, pelo exame apenas de um exemplar macho, o caráter essencial que serve para distinguir ainda hoje o elemento masculino do *S. mansoni* do seu equivalente, concernente à formidável envergadura de observador!

Lortet, exímio conhecedor da estrutura anatômica do *S. haematobium*, não chega a perceber aquilo que não escapou aos olhos atilados de Henry, e se limita a declarar: "J'ai examiné avec beaucoup de soins la Bilharzia male que vous avez bien voulu m'envoyer. Je crois vraiment que c'est la même espèce que celle de l'Egypte. Cependant je fais quelques réserves. Il faudrait examiner un grand nombre d'individus et aussi les femelles. Je ne connais pas directement le *Mansoni*. Je regrette de ne pouvoir vous donner un renseignement plus complet". Tem, entretanto, a lealdade de afirmar que não conhecia o *S. Mansoni*. E quem o conhecia até então? Sômente Pirajá da Silva.

Ao mesmo tempo em que publicou Pirajá da Silva *La schistosomose à Bahia*, em Paris, fê-lo também em Londres, traduzida para o inglês, sob a epigrafe *Contribution to the study of Schistosomiasis in Bahia, Brazil*, inserta no "The Journal of Tropical Medicine and Hygiene", june 1, 1909, n.º 11, Vol. XII, págs. 159-164. Patrick Manson lê, simultaneamente, às duas versões, e não se contém: toma da pena e felicita entusiasticamente o jovem sábio brasileiro, em carta datada de 25 de junho de 1909 (11), dizendo entre outras coisas: "Congratulo-me com o Sr. por uma e outra coisa, pois penso que o grande número de observações que o Sr. reuniu dissipa qualquer dúvida que pudesse ter havido sobre a especificação do *Schistosomum americanum*. Não creio que o prof. Looss, se recuse mais a reconhecê-lo".

(11) Reproduzida facsimilmente, em letra de forma e vertida para o português, às págs. 67-70 e 81-82 de "Novas achegas...", op. cit.

Looss, o grande Looss, o *nec plus ultra* da Helminologia, o imortal descobridor do ciclo evolutivo do *Ankylostomum duodenale* Dubini, citado nominalmente por Patrick Manson linhas atrás, agastado com o sucesso do até então desconhecido brasileiro, salta na arena científica com a força do seu imenso prestígio pessoal. E procura arrasar o adversário, ridicularizando a princípio seus achados: "Os ovos descritos não passavam de meras concepções", insiste com toda a força do seu orgulho inato. O "Tropenistitut" de Hamburgo segue-lhe as pegadas. Não era possível que Looss caísse em erro e um modesto sulamericano estivesse a emenda-lo. Rocha Lima, outro grande brasileiro que fêz a Europa curvar-se diante do Brasil, no discurso pronunciado (12) no ato da entrega da Medalha Nocht a Pirajá da Silva, em 28-1-1955, fala "da sempre bondosa e amável resistência" que então encontrava da parte do prof. Fülleborn, o eminente parasitologista de Hamburgo, ao tratar da "divergência que se verificava entre o célebre parasitologista alemão do Cairo — Looss — que era o papa desta especialidade — e o então ainda desconhecido brasileiro Pirajá da Silva". Com satisfação e orgulho, diz Rocha Lima, "acompanhamos depois a vitória deste universalmente consagrada".

No dia 6 de abril de 1912, a "Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft aus Hamburg" abre suas portas para receber Pirajá da Silva, que, a convite de Fülleborn, ia falar "Sobre alguns helmintos da Bahia" (13). Com a coragem e segurança dos que têm a verdade de seu lado, enfrenta Pirajá da Silva a figura gigante de Looss (David a abater Golias), dizendo após os dois parágrafos iniciais: "Logo depois fui também energeticamente contestado pelo prof. Looss.

(12) Inserto em *Novas achegas...*, op. cit., págs. 27-30.

(13) Comunicação extraída dos "Archiv für Schiffs-und-Tropen-Hygiene, Band 16, Beiheft 4, 1912, e inserta facsimilmente com versão para o português, a págs. 188-192 de "Novas achegas..." op. cit.

No controle das

## HEMORRAGIAS

*espontâneas*

*Durante e após o ato cirúrgico*

**“PREMARIN”**

— ENDOVENOSO —

*hemostático fisiológico.*

*Acelera a*

## COAGULAÇÃO

*Eleva os níveis de*

protrombina e de globulina aceleradora

*e deprime a*

antitrombina.

**Produz, amiúde, a hemostase dentro de  
15 a 30 minutos após a injeção**

A dose de 20 mg. é geralmente, suficiente para o controle do sangramento. Até esta data, após mais de um milhão de injeções, não foi relatado nenhum caso de toxicidade nem de formação de trombos



*Produtos Farmacêuticos e Biológicos*  
**AYERST DO BRASIL S/A.**

Rua Varnhagen, 44 — sobreloja — Tel.: 33-4477 — São Paulo  
Rua do Rosário, 170 - 2.º and. — Tel. 32-9054 — Rio de Janeiro

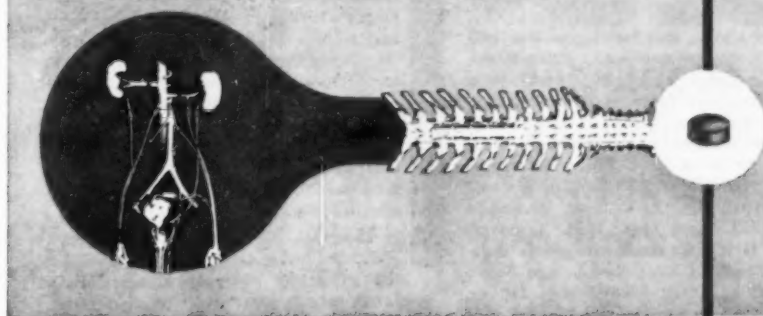
Os ovos por mim observados no útero da fêmea do *Schistosomum*, foram por ele considerados simples concreções, embora nunca houvesse visto minhas lâminas. Meus senhores! Não sou zoólogo, nem tenho decênios de trato exclusivo com os helmintos; sou médico e apenas me baseei em minha experiência. Bem podia ter-se dado interpretação errônea da imagem microscópica. Todavia, a despeito da autoridade de Looss, de modo algum me posso convencer de que tal coisa haja acontecido. Nesta oportunidade, tenho a satisfação de mais uma vez salientar que, apesar de pesquisas cuidadosas e repetidas em cerca de 100 casos de bilharziose na Bahia, nunca pude achar um só ovo com espículo terminal. Rivas, na Venezuela e Flu na Guiana Holandesa fizeram a mesma observação. Para esclarecer a origem de ovos com espículo lateral, repetiu Looss recentemente uma das suas várias explicações anteriores. Além do que, só na Bilharzia da Bahia é que essa disposição ocorreria com regularidade. Os zoólogos que julguem se tal característica é suficiente ou não para a criação de uma nova espécie. Já Wueherer, o eminente médico alemão que, por volta de 1860, exerceu sua atividade na Bahia, procurava em vão os ovos de Bilharzia na urina. Que eu saiba, eles nunca foram encontrados no Brasil antes das minhas publicações. Achei-os somente nas fezes e nunca na urina, não obstante repetidos exames de material centrifugado. Em todo o caso, para nós médicos, trata-se menos de uma questão zoológica que médica. O fato é que a bilharziose na Bahia é clinicamente diversa da produzida pelo *Schistosomum haematobium* no Egito. No Egito, trata-se principalmente de uma moléstia das vias urinárias, o que nunca se observou na Bahia. Os nossos clínicos mais experientes nada podem informar de referencia a qualquer doença da bexiga que se pudesse atribuir ao *Schistosomum*. Em diversas autopsias raspei a mucosa da bexiga ou conservei este órgão em lixívia de potassa, mesmo assim, mas mesmo assim, também sempre obtive resultados nega-

tivos. Na Bahia, a bilharziose é uma moléstia exclusiva da porção inferior do intestino, com frequente comprometimento do fígado, o que coincide com as observações de Flu. Isto está provado e deveria bastar para distinguir clinicamente a moléstia da egípcia".

Após tão veemente resposta, Pirajá da Silva deu-se por satisfeito. E o "Tropeninstitut" fez-lhe justiça. No ano de 1954, pouco depois de haver o sábio brasileiro completado 80 anos, ocasião em que foram reimpressos facsimilarmente os seus estudos originais sobre o *Schistosomum mansoni*, outorgou-lhe a conceituada instituição hamburguesa, por voto unânime dos seus pares, o máximo galardão, a Medalha Bernhard Nocht, acompanhada de expressiva carta subscrita pelo seu atual diretor, prof. Ernst Nauck (14), na qual eram salientados a prioridade e o valor fundamental das pesquisas efetuadas em 1908 na Bahia, no sentido da identificação do *S. mansoni*, para cujos trechos essenciais abro espaço: "Numa época em que as opiniões dos diferentes cientistas divergiam consideravelmente sobre se os ovos com espículo lateral provinham de uma espécie particular de esquistosoma ou do *Schistosoma haematobium*, Vossa Excelência decidiu claramente este pleito pelas suas pesquisas conscienciosas de esquistosomas de origem brasileira. Nas suas comunicações publicadas em 1908 e 1909, Vossa Excelência verificou diferenças morfológicas essenciais entre os machos e as fêmeas dos esquistosomas brasileiros e os do *Schistosoma haematobium*, refutando a opinião de Looss de que os ovos de espículo lateral provêm de fêmeas não fecundadas da espécie *Schistosoma haematobium*. Estas investigações de Vossa Excelência valeram o reconhecimento geral à teoria sobre o *Schistosoma mansoni*, exposta por Sambon em 1907, à base de material insuficiente. Em 1912, Vossa Excelência descobriu uma nova espécie de cercaria, no *Planorbis bahiensis* (*Australorbis glabratus*)

(14) Reproduzida facsimilarmente às págs. 25-26 de *Novas achegas...*, op. cit.

*Efeitos imediatos -  
manutenção de concentrações  
prolongadas no sangue*



# Lederkyn

Sulfametoxipiridazina

LEDERKYN é o mais importante aperfeiçoamento na sulfamidoterapia. É rápida e totalmente absorvida, atingindo com grande facilidade as barreiras orgânicas. Permanece mais tempo no sangue e é eliminado muito lentamente, através da urina. Por isso, é indicado

- ★ principalmente nas infecções do trato urinário devidas a organismos sensíveis à sulfanilamida, tais como *E. Coli*, *Aerobacter aerogenes*, e em alguns casos do *Proteus*;
- ★ na profilaxia da febre reumática e bronqueolite;
- ★ no tratamento das infecções agudas, subagudas e crônicas, sensíveis à sulfonamida.

LEDERKYN comprova também sua eficácia no tratamento de meningite meningocócica.

Divisão LEDERLE  
**CYANAMID QUÍMICA DO BRASIL S.A.**

Rio de Janeiro - Av. Rio Branco, 131 - 21º

São Paulo - Rua Lavapés, 326



IA - 2565

e designou pelo nome de *Cercaria Blanchardi*, confirmando-se pouco mais tarde tratar-se de uma espécie idêntica à *cercaria* do *Schistosoma mansoni*. Com esta descoberta, Vossa Excelência facultou à Ciência, antes de se conhecer o ciclo evolutivo dos esquistossomas, a primeira descrição de uma *cercaria* de esquistossoma".

Em abono, outrossim, da tese que venho, há longos anos, defendendo, de ter sido o prof. Pirajá da Silva o indiscutível descobridor do *S. mansoni*, e quem primeiro o identificou no mundo, transcrevo dois períodos assinados por Philip Manson-Bahr, insertos no "Tropical Diseases Bulletin", n.º 12, Vol. 50, dezembro de 1953, págs. 1152-1153, Londres: 1.º) "It is clear from the paper entitled *Study of Schistosomiasis in Bahia* (1908) in Brazil Medico that Dr. da Silva was the first to describe the morphological characteristics of what is now known as *Schistosoma mansoni*". 2.º) "It was stated by Sir Patrick Manson (*Tropical Diseases*, 1914, 5th edition, 741) that Sambon was unable, from the material available, to furnish exact anatomical details of the new species".

Entre 1908 e 1916, continuou Pirajá da Silva a pesquisar com afinco no terreno da esquistossomose americana. Procurando esclarecer a biologia do parasito, teve oportunidade de descrever em 1912, antes do fechamento do ciclo evolutivo do mesmo por Leiper, em 1915, a sua forma intermediária de *cercaria*, a evoluir no *Planorbis bahiensis* Dunker, estampando nota a respeito nos "Archives de Parasitologie" de Blanchard (15). Também Leiper silenciou por completo a propósito dessa descoberta, ao publicar o relatório dos seus trabalhos no Egipto (16).

(15) PIRAJÁ DA SILVA: *Cercarie brésilienne* (*Cercaria blanchardi*) à queue bifurquée, in "Archives de Parasitologie", Tome XV, n.º 3, 1912, págs. 398-400, Paris.

(16) ROBERT T. LEIPER: *Researches on Egyptian Bilharziosis* (A Report to

Quando Adolfo Lutz se dispôs a repetir em Mangueiras, no Brasil, a série de investigações realizadas no Egipto pela Bilharzia Mission, durante o ano de 1915, foi a Pirajá da Silva que recorreu, a fim de obter grande parte do material para seus estudos, desde a identificação da fauna malacologica das margens do Dique da Fonte Nova na Bahia (o maior foco então conhecido de esquistossomose no Brasil), até o fornecimento de *Planorbis* vivos, colhidos nas áreas endêmicas. E Pirajá da Silva o satisfez com a máxima solicitude, recebendo em retribuição o apagamento do seu nome e dos seus méritos, nas publicações subsequentes vindas a lume.

A justiça dos homens na voz da História pode tardar, mas não falha. Omitida sistematicamente, durante largo espaço de tempo, dentro e fora do Brasil, depreciada mesmo, ostensivamente, pela palavra dum catedrático de parasitologia duma escola de medicina de São Paulo, a grande conquista científica pioneira de Pirajá da Silva, no tocante à descoberta e identificação do *S. mansoni*, é hoje fato incontestável e incontestado, tendo a consagrá-la definitivamente a brilhante comemoração do seu cinquentenário, levada a efeito em 1.º de dezembro de 1958, sob os auspícios do Instituto Brasileiro de História da Medicina, da Sociedade Paulista de História da Medicina, do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo e do Departamento de Higiene e Medicina Tropical da Associação Paulista de Medicina.

Pirajá da Silva, por haver elevado muito alto o nome do Brasil, dentro e fora de suas fronteiras, tornou-se, assim, merecidamente, alvo da admiração e do respeito comovido de todos os brasileiros.

the War Office on the Results of the Bilharzia Mission in Egypt, 1915). (Reprinted from "The Journal of the Royal Medical Corps", Vol. XXV, pp. 1, 147, 253, 1915; Vol. XXVII, pag. 171, 1916; Vol. XXX, pag. 235, 1918). London, 1918.





# a

realização  
industrial  
da síntese da  
ocitocina

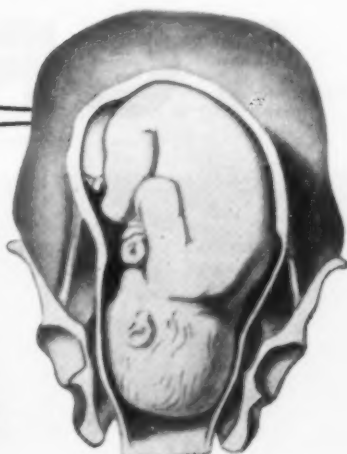
## SYNTOCINON<sup>®</sup>

Ocitocina obtida por síntese



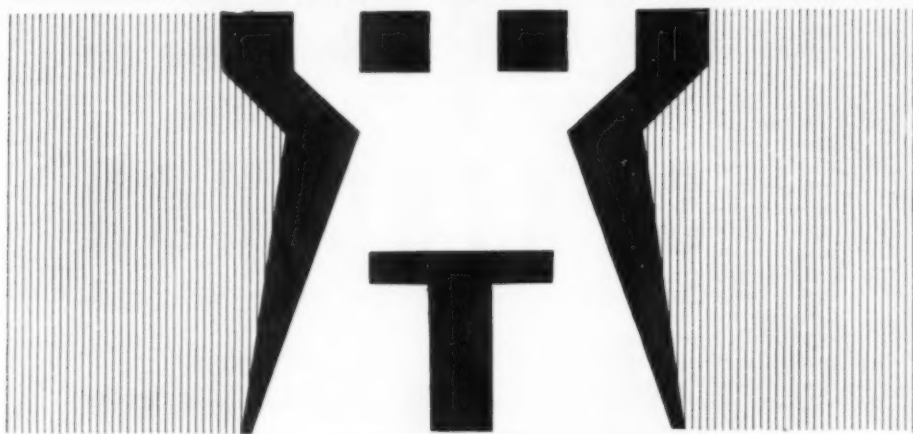
e, portanto,  
rigorosamente isenta  
de vaso-pressina

Ampolas de 1/2 cm<sup>3</sup> com 5 U. I.  
Ampolas de 2 cm<sup>3</sup> com 2 U. I.

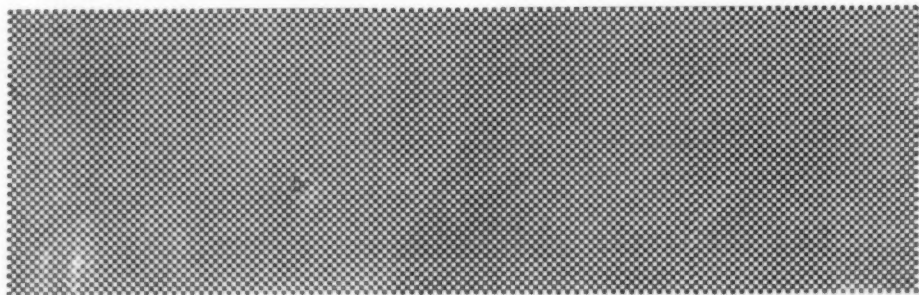


Uma realização





LABORATÓRIO **TORRES**



## “Semana de Cirurgia”

DR. FERDINANDO COSTA

(Do Corpo Médico do Sanatório São Lucas)

Srs. Diretores da Ford Motor:

Aqui viemos e aqui estamos, mercê da amabilidade dos Srs., para este gesto gentil e cavalheiresco que fez parte, e parte de grande relêvo, dos festejos comemorativos da Semana de Cirurgia, com que o Sanatório São Lucas comemora o 20.º aniversário de atividade constante, ininterrupta honrada e benemérita.

Srs. Diretores, tínhamos certeza da fidalguia da recepção, da excelência das iguarias, da magnificência da festa; no entanto é-nos grato confessar que tudo ultrapassou, e muito, a nossa expectativa.

Depois, cumpre salientar a impressão justa e viva que levamos desta visita a este mundo de maravilhas e engenhos.

Assim sendo, rogo, em nome dos colegas do Sanatório São Lucas, que aceitem o nosso agradecimento e os nossos louvores por esta obra gigantesca com que a Companhia Ford concorre para a grandeza de nossa pátria, e a felicidade de nossa gente.

---

(\*) Agradecimento por ocasião da visita à Ford Motor do Brasil S/A em 28 de janeiro de 1959.

duas novas apresentações  
dêste superior antibiótico  
de largo espectro.

# Tetrex



## SUSPENSÃO AQUOSA

100 mg por 5 cm<sup>3</sup>

(Tetraciclina tamponada com fosfato)



## PEDIÁTRICO

100 mg por cm<sup>2</sup>

(Tetraciclina tamponada com fosfato)

**Prontas para o uso**

### OFERECEM :

- Segurança e eficácia
- Grande flexibilidade de dosagem
- Facilidade na administração
- Nível sanguíneo mais rápido e mais elevado

LABORTERAPICA-BRISTOL S. A.  
INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA  
RUA CARLOS GOMES, 924  
STO. AMARO - S. PAULO



## Hiperbilirrubinemia do recém-nascido, com e sem incompatibilidade sanguínea feto-materna

Apresentação de 140 casos tratados pela exanguino-  
transusão (\*)

Dr. ADEMAR ALBANO RUSSI

*Médico do Banco de Sangue São Paulo, do Sanatório S. Lucas  
e do Hospital do IAPC*

É nosso desejo comunicar aos colegas a nossa experiência sobre o assunto, chamando atenção, especialmente para os casos de icterícia precoce do R/N, iniciando-se dentro das primeiras 72 horas de vida, sem que se encontrasse evidência imuno-hematológica de incompatibilidade sanguínea materno-fetal. Apresentaremos, como aliás indica o título do trabalho, apenas os casos que requereram a exanguino-transusão, deixando de lado os leves, em que a evolução foi favorável, sem necessidade dêste recurso terapêutico.

### 1.º) MÉTODO DE TRABALHO

Uma vez solicitados para esclarecer um caso de icterícia precoce de R/N, retiramos sistematicamente sangue materno e da criança, o primeiro sem anticoagulante e o segundo com uma quantidade mínima de heparina — apenas para preencher o espaço vazio entre o êmbolo e a camisa da seringa — por punção do seio venoso longitudinal (fontanela).

Com essas amostras são realizados os seguintes exames:

- a) tipo e Rh materno;
- b) tipo, Rh prova de Coombs direta do R/N, dosagens das bilirrubinas (método de Malloy-Evelyn, modificado por Ducci e Watson, com leitura espectro fotométrica) e hemograma.

---

(\*) Trabalho apresentado em 28-1-1959, durante a "Semana de Cirurgia".

Quando encontramos em jôgo um dos fatores do sistema Rh, fazemos a genotipagem materna e a do R/N, bem como a titulação do sôro materno e a verificação de sua especificidade.

Quando do sistema ABO, a fim de nos certificarmos da existência de iso-imunização e não apenas da coincidência da diferença dos grupos sanguíneos mãe/R.N, procedemos aos seguintes exames:

- a) prova de Coombs indireto mãe/R.N, após destruição das aglutininas alfa e beta a 70°C por 30 minutos. Não usamos Witebsky para êsse fim;
- b) pesquisa e titulação de hemolisinas;
- c) verificação do ótimo térmico, ou seja, titulação do sôro materno frente às hemátias do R/N a 4°C, temperatura ambiente e a 37°C, indicando um maior título nesta temperatura a existência provável de imune anticorpo anti-A e ou B.
- d) feitura do eluato.

## 2.º) NOSSO MATERIAL

Dividimos as 140 crianças exanguinadas em 2 grupos:

A) casos com incompatibilidade imuno-hematológica feto-materna; (105)

B) casos sem incompatibilidade imuno-hematológica feto-materna. (35)

**A) Casos com incompatibilidade** (105 ou 75,7% do total). — Dos 105 casos exanguinados, 46 foram causados por antígenos do sistema Rh (43,4%) e 59 (56,6%) pelos do sistema ABO.

Dentro do sistema Rh observamos a seguinte distribuição:

Fator Rho (D) .....	23 casos — 16,4% do total
Fator Rho' (CD) .....	5 casos — 3,5% do total
Fator Rho'' (DE) .....	5 casos — 3,5% do total
Fator Rh'' (E) .....	3 casos — 2,1% do total
Anticorpos bloqueados .....	10 casos — 10,0% do total

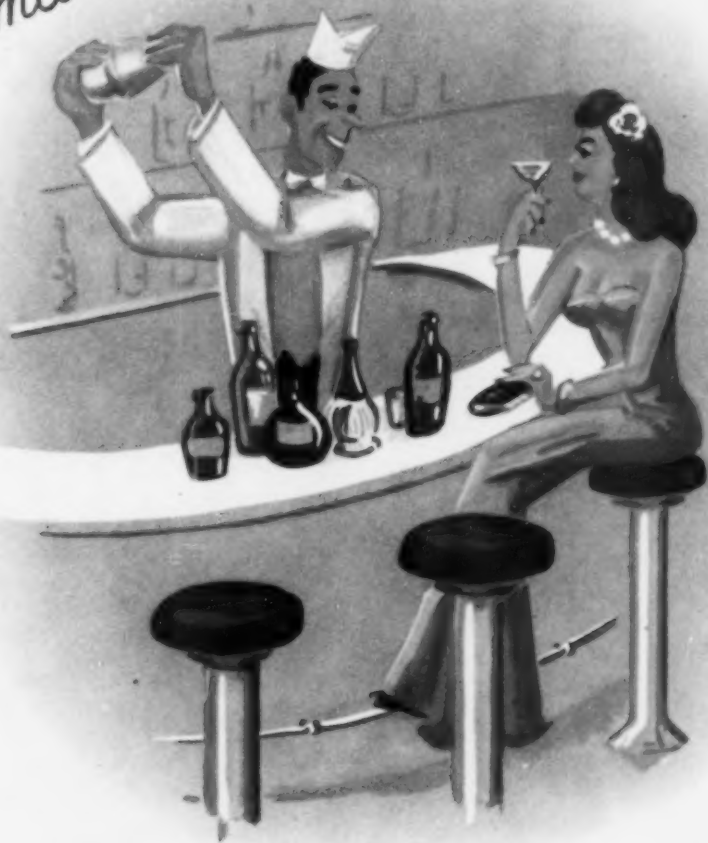
perfazendo 35,5% do total.

Sob o título de anticorpos bloqueadores, reunimos os casos em que por motivos alheios à nossa vontade, não nos foi possível identificar o antígeno em questão, apenas nos sendo dado saber que se tratava do sistema Rh.

Quanto ao sistema ABO, a distribuição foi a seguinte:

Fator A .....	45 casos — 32,1% do total
Fator B .....	14 casos — 10,0% do total

*Uma boa combinação*



# COMBINOL

Vitaminas B1 + C



INDUSTRIA FARMACÊUTICA ENDOCHIMICA S. A.

Avenida S. Amaro, 1239 - Telefone: 61-1127 - São Paulo - Brasil

Rio - Porto Alegre - Curitiba - Uberlândia - Belo Horizonte - Salvador - Recife  
Fortaleza - Belém



a mais eficaz associação entre  
vitamina C e vitamina B<sub>1</sub>

# COMBINOL

Injetável

Drágeas

Associação equilibrada de Vitamina B<sub>1</sub> e C ENDOCHIMICA

## COMBINOL CONCENTRADO

Administra por ampola de 2 cm<sup>3</sup> ou por drágea:

VITAMINA C .....	250 mg
VITAMINA B <sub>1</sub> .....	50 mg

em solução estável para uso subcutâneo, intramuscular ou intravenoso (via de excessão).

## COMBINOL SIMPLES

Administra por ampola de 2 cm<sup>3</sup> ou por drágea:

VITAMINA C .....	50 mg
VITAMINA B <sub>1</sub> .....	4 mg

## INDICAÇÕES

ANOREXIA - CONVALESCENÇAS - DESNUTRIÇÃO - PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO - ESCORBUTO OSTENSIVO OU SUBCLÍNICO - INTOXICAÇÕES - HEMORRAGIAS SINTOMÁTICAS E DIATÉSICAS - CÁRIE DENTÁRIA - FRATURAS - ANEMIA - ALERGOSES - ÚLCERAS GÁSTRICA E DUODENAL - BERIBÉRI - EDEMA DE FOME - NEURITES - POLINEURITES - PARESIAS - CÂIMBRAS NAS PANTURRILHAS - NEURALGIAS - MIALGIAS - HIPOTONIA GASTROENTÉRICA - CONSTIPAÇÃO - PERTURBAÇÃO DA MARCHA - ESTADOS NEURASTENÓIDES - PALPITAÇÕES - ANGÚSTIA - ANSIEDADE - DISPNEIA

## MODO DE USAR

ADULTOS — uma ou mais ampolas por dia, pelas vias subcutânea, intramuscular ou intravenosa (desde que o paciente não esteja sensibilizado por Vitamina B<sub>1</sub>).

Duas drágeas, 3 vezes por dia, às refeições.

CRIANÇAS — 1/2 ou 1/3 das doses.

## APRESENTAÇÃO

COMBINOL SIMPLES — Caixas de 10 e 100 ampolas de 2 cm<sup>3</sup>.  
Vidros de 42 e 210 drágeas.

COMBINOL CONCENTRADO — Caixas de 3, 10, 50 e 100 ampolas de 2 cm<sup>3</sup>.  
Vidros de 20 e 500 drágeas.



INDÚSTRIA FARMACÊUTICA ENDOCHIMICA S.A.

SÃO PAULO

Rio - Porto Alegre - Curitiba - Uberlândia - Belo Horizonte - Salvador - Recife  
Fortaleza - Belém

fazendo-se especial menção ao fato de que nestes 60 casos, tôdas as mães eram do grupo O, e em dois dêles eram elas Rh negativas e os filhos positivos, mas, o fator em jôgo era o do grupo sanguíneo e não Rh.

Nesta série de ABO, em 3 eventualidades tivemos a prova de Coombs direta positiva, sem que pudesse ser ela imputada a outro aglutinogênio que não pertencente àquele sistema.

**B) Casos sem incompatibilidade** (35 ou 24,3% do total). — Não conseguimos neste grupo evidenciar a presença de isoimunização materna a fatores existentes no sangue do R/N e caberia neste momento uma digressão a fim de elucidarmos êste ponto.

Contudo, resumindo, desejamos apenas juntar o nosso ponto de vista ao de numerosos pesquisadores, no sentido de responsabilizar a vitamina K quando administrada em excesso, como a determinante de lesões hepáticas ou de hemólise e que acarretariam a hiperbilirrubinemia, a prematuridade presente em grande número dos nossos casos, a anoxia do R/N ou a combinação dêsses fatores.

Neste grupo, também estabelecemos uma separação em 2 conjuntos:

- 1.º) caso em que havia diferença de grupo sanguíneo mãe/R.N. (7)
- 2.º) casos sem diferenças de grupo sanguíneo ou R/N do grupo O (28).

No primeiro conjunto, de 7 casos, poderia, digamos, haver a presença de um imune anticorpos que nos passasse desapercibido; contudo, no segundo e que corresponde a 20% dos casos exangüinados, tal não poderia acontecer.

E é para êsse fato que desejamos chamar a atenção: 1/5 das crianças exangüinadas, onde não encontramos indício de isoimunização, o foram assim tratadas, face ao alto teor da bilirrubina indireta, que independentemente da sua origem, lesará o Sistema Nervoso Central, quando acima de um limite variável, aliás, para os diversos autores, mas, cujo teto máximo sem grandes perigos, para nós parece ser o de 25,0 mgrs % dentro dos primeiros dias de vida.

### 3.º) CONCLUSÕES

A análise dos dados apresentados pelos nossos casos, mostra ser a D.H.R./N mais freqüente nas multigestas, havendo com relativa freqüência a presença de transfusões de sangue Rh em suas histórias.

Já nos casos por aglutinogênios do sistema ABO a maior incidência é justamente na 1.ª e 2.ª gestação, exatamente ao contrário do sistema Rh. O mesmo se verifica no grupo em que não encon-

tramos incompatibilidade, sendo a sua quase totalidade observada nas primi ou secundigestas.

O aparecimento da icterícia também é muito sugestivo; em todos os nossos casos de Rh foi êle dentro do primeiro dia de vida; já para os do grupos sanguíneos foi mais tardia — entre o 1.º e 2.º dia e para o grupo sem incompatibilidade, entre o 2.º e 3.º dia.

Exatamente aqui reside o ponto de interesse: icterícia aparecendo no 3.º dia — isto é, das 48 às 72 horas de vida — não deve ser considerada como totalmente desprovida de perigo, possibilitando a alta da criança. Muitos dêstes casos progridem e exigem a exanguino-transusão a fim de se evitar a instalação do Kernicterus — e nossa estatística é clara neste ponto, porquanto dos nossos 140 casos, 35 (24,3%) pertencem a êste grupo.

A nossa orientação para a indicação da exanguino-transusão baseia-se em vários fatores, que devem ser avaliados em cada caso, tais como a incidência de doença hemolítica em gestações anteriores, titulação dos A.C. Bloqueadores durante a gestação, intensidade da prova de Coombs direta, dosagem das bilirrubinas e o estado geral da criança.

Ê do conjunto de todos êsses dados que avaliamos a conduta a ser seguida: contudo, indicamos sistematicamente a exanguino-transusão quando dentro dos primeiros dias de vida a B. Indireta atinge a altura dos 25 mgrs%.

O volume que usamos é sempre o do triplo do volume circulante da criança, avaliado aproximadamente em 1/10 a 1/12 de seu pêso corpóreo, sempre utilizando sangue recente e sistematicamente com a prova de Coombs indireta frente ao sôro materno.

Nos casos de incompatibilidade ABO, o sangue O injetado é de baixo teor de aglutininas, realizando-se ainda a substituição de 150 a 200 ccs, de seu plasma pelo de sangue AB ou sangue do mesmo grupo que o da criança.

Usamos a via umbilical em quase todos os nossos casos; em 2, em que esta via não foi praticável — provavelmente por anomalia anatômica da veia umbilical — usamos a veia safena externa para a introdução do sangue em uma vez e em outra a veia safena interna — e a artéria radial esquerda para a exanguinação.

Sistematicamente heparinizamos as crianças com 1.000 e 2.000 unidades de heparina; tivemos um caso de acidente hemorrágico, prontamente delgado com o sulfato de protamina endovenoso, que sempre temos à mão. Utilizamos ainda do gliconato de cálcio de 10% na proporção de 1 cc. para cada 100 ccs. de sangue introduzido, oxigênio e quando necessária, coramina e aquecimento do meio ambiente.

Em 6 eventualidades fomos obrigados a re-exanguinar: foram casos extremamente graves e atendidos tardiamente, havendo óbito

em apenas 2 dêles, um dos quais por acidente de enfermagem, nada tendo a ver com a exanguinação.

Jamais excedemos 10 ccs. tanto para a injeção de sangue como para a sua retirada; apenas nos casos de anemia evidente, retiramos 10 ccs. e injetamos 11 ccs. A duração do ato é em torno de 90 minutos. Das 140 crianças exanguinadas, com 146 exanguino-transfusões, (de vez que 6 foram reexanguinadas) — tivemos um total de 6 óbitos (4,3%) dos quais 3 independentes da hiperbilirrubinemia e da exanguinotransfusão, (2 por acidentes de enfermagem, incluindo-se o há pouco citado) 1 por prematuridade, 1 no decurso do ato (síncope respiratória) e 1 pela postergação da indicação da exanguinação.

Não podemos deixar de admitir que êstes resultados são devidos especialmente à precocidade do estabelecimento do diagnóstico e tratamento, e da observação constante das crianças ictericas. Assim em uma das Maternidades em que respondemos pelo seu berçário, no que tange a icterícia dos R/N, é feita sistematicamente prova de Coombs direta do sangue do cordão umbilical de todos os R/N, que sendo positiva, já nos põe de alerta sobre o caso. Tôdas as crianças ictericas são comunicadas ao Banco de Sangue, sendo-nos proporcionada tôda a liberdade de ação para o tratamento.

Com o estabelecimento da Prova de Coombs direta do cordão como rotina, pelo menos os 35,5% dos casos de Rh terão o seu diagnóstico dentro das primeiras horas de vida.

Os casos de isoimunização do sistema ABO e os sem incompatibilidade e em que a icterícia aparece pouco mais tardiamente, também serão apanhados se a alta hospitalar for dilatada para as 48 horas, especialmente para as mães de nível intelectual mais baixo, que, não procurando o médico em tempo razoável, quando da intensificação de icterícia, fazem-nos perder a grande oportunidade no tratamento em tempo útil.

Quanto às sequelas, tivemos-las em 6 casos tratados tardiamente, sendo um por Rho, 2 por imune anti-A e 3 pertencentes ao grupo em que não havendo evidência de incompatibilidade sanguíneo feto-materna, a indicação da exanguino transfusão deixou de ser feita em tempo oportuno.

## **“A Cirurgia no Sanatório São Lucas”**

**2 volumes**

**Preço Cr\$ 700,00**

## "NOTAS DE FITOTERAPIA"

Catálogo de plantas utilizadas em Medicina e Farmácia. Dados principais: origem, sinonímia, parte usada, principais caracteres e constituintes químicos, usos farmaco-terapêuticos, formas farmacêuticas habituais, posologia, preparações extemporâneas obtidas de extrato fluido, etc. Seguido de memento terapêutico e índice poliglota.

**1.ª edição** — 1942 (esgotada).

FARMCO. RAUL COIMBRA

**2.ª edição** (revista e aumentada) 1958 — pelo

PROF. FARMCO. E. DINIZ DA SILVA,

(Catedrático de Farmácia Galênica e Livre-docente de Farmacognosia na Universidade do Brasil).

432 páginas ★ Preço: Cr\$ 400,00



*Edição do*

**LABORATÓRIO CLÍNICO SILVA ARAÚJO S. A.**

Caixa postal, 163. End. Telegr. "BIOLABO" — Rio de Janeiro.

Em São Paulo pedidos a nossa filial à Rua Teixeira Leite, 292.

## Banco de Sangue — aspecto social, médico e histórico no Sanatório São Lucas(\*)

Dr. GUALBERTO DE MAGALHÃES

*Do Banco de Sangue de São Paulo (Fundador e Diretor)*

Exmas. Sras.

Meus senhores

Concorrendo à convocação deste certame, esclareceremos a nossa colaboração sobre as facilidades encontradas hoje, (não só para o exercício da medicina, mas também até para a própria formação cirúrgica), através do Banco de Sangue instalado neste Sanatório.

Ao relembrarmos certos episódios iremos certamente avivar momentos agradáveis que acaso poderiam ter caído no esquecimento.

Esta é a razão porque aquiescemos em comparecer ao honroso convite, vinculados à alegria de estarmos sempre presentes na Família São Lucas.

Banco de Sangue — aspecto social, médico e histórico no Sanatório São Lucas, será o assunto sobre o qual iremos conversar.

Um dos sentimentos, o de dizer a verdade, anima-nos a tecer considerações, relembrando fatos oportunos, nesta reunião marcante para todos nós.

Não se trata da "hora da saudade", como poderia parecer aos espíritos divorciados da verdadeira finalidade da vida, agarrados que são, somente aos bens materiais.

Será apenas um raio luminoso, clareando os esconderijos do nosso cérebro, para que a verdade se manifeste através de uma avalanche de reflexos os quais incidirão no foco mais sensível das nossas consciências, arejadas e esclarecidas, sedentas de fazer Justiça e dar a César o que é de César.

Seremos sucintos. E' de notar que há quase três lustros trabalhamos embalados pelo mesmo ideal.

O sangue é vida e está nas mãos dos hemoterapeutas manejá-lo técnica e cientificamente, semeando-o, proporcionando a todos,

(\*) Trabalho apresentado durante a "Semana de Cirurgia", em 28 de janeiro de 1959.

maiores possibilidades para recorrer aos atuais benefícios dos múltiplos conhecimentos imunohematológicos.



Através de todos os tempos o sangue impressionou profundamente a imaginação dos homens. Chegou mesmo a constituir elemento do culto religioso.

E' assim que no passado, oferecia-se o precioso líquido como oblata à Divindade.

Inúmeros indivíduos foram sacrificados em holocausto, ora para apaziguar a suposta ira de Deus, ora com o fito de homenageá-lo em festas e solenidades.

Mais tarde, substituiu-se o sangue humano pelo dos animais que os sacerdotes imolavam, consagrando o sangue e desprezando a carne.

Tudo isto se fazia porque os homens viam no sangue a imagem da vida, dessa vida cheia de encantos e de mistérios impenetráveis.

Empédocles, filósofo grego afirmava: a alma está no sangue.

Realmente, em se tratando da vida corpórea ou física, aquela asserção não deixa de ser uma verdade.

Na era cristã aparece ainda o sangue, então como figura propiciatória.

Jesus, na última ceia pascal que realizou com seus apóstolos, tomando o pão, partiu-o, e, o distribuindo entre eles, disse: tomai e comei, este é o emblema do meu corpo que é dado (ou sacrificado) por vós.

Em seguida, tomando o suco da VIDE, encheu o cálice, acrescentando: tomai e bebei, este é o meu sangue a ser derramado por vós.

Instruindo os discípulos, vemo-lo, noutro passo evangélico, dar ao seu corpo e ao seu sangue a propriedade de alimento indispensável ao Espírito, afirmando que ninguém logrará solucionar os problemas da vida, tanto no presente como no futuro, senão ingerindo a sua carne e bebendo o seu sangue, isto é, sem assimilar e praticar sua moral e seus princípios.

Continuaremos hoje, nós, médicos, operando com o sangue, também no propósito de transfundir vida para o corpo, como o Cristo de Deus transfundiu, com sua palavra e seus exemplos, vida para o Espírito.

O corpo, sendo como é, o instrumento através do qual a alma realiza a finalidade suprema da vida que é a evolução, precisa e deve ser tratado e mantido convenientemente, a fim de prestar-se àquele nobre objetivo.

Prossigamos, pois, sem esmorecimentos.

Nossa missão é grandiosa, é santa, é divina.



Faz alguns anos, à meia noite do rígido inverno de 1946, em cordial reunião familiar, nesta cidade de São Paulo, onde para trabalhar não existem horas, porque São Paulo não pode parar, abordamos o Dr. José Ribeiro de Carvalho, naquela ocasião sócio do Dr. Eurico Branco Ribeiro neste Sanatório, sobre a possibilidade da instalação do Banco de Sangue para este hospital, conceituado centro cirúrgico e de estudos.

O Dr. José de Carvalho, por coincidência, defendera tese de doutoramento aprovada com "Grande distinção", na Faculdade de Medicina de São Paulo, versando sobre "Fixidez dos iso-aglutinogêneos e das iso-aglutininas. (Contribuição para seu estudo e aplicação na investigação da paternidade) em 1929. Julgaram o ilustre médico patrio os professores Flaminio Fávero, Enjolras Vampre e Arnaldo A. Ferreira.

Como era natural, com entusiasmo acatou a nossa sugestão, submetendo-a, porém, à apreciação do seu companheiro e amigo Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Este, como não poderia deixar de ser, espírito culto, dinâmico e realizador, sempre zelando pelo bom nome do seu hospital, perguntou-nos: "mas eu não conheço os nossos três colegas que serão meus companheiros. O Dr. Eurico assim ponderou porque sempre escolheu para seus colaboradores, profissionais estudiosos, trabalhadores, honestos e de perfeita idoneidade profissional. Daí, lhe asseguramos: certamente que os nossos jovens colegas são dotados das credenciais exigidas.

O Sanatório São Lucas é templo de Ciência a Serviço da Sociedade que o procura.

Nêle se encontram verdadeiros sacerdotes da medicina ministrando a arte de Hipócrates — *Ars longa. Vita brevis.*

Neste templo não somente se cultiva a medicina, mas também a cultura do Espírito não é esquecida, através de reuniões sociais e literárias. Até para os doentes existe a assistência espiritual e religiosa, as quais, em verdade nada mais são do que a melhor psicoterapia que o médico esclarecido faculta aos doentes sob os seus cuidados profissionais.

Enfim, o Banco de Sangue do Sanatório São Lucas foi instalado sob a responsabilidade de quatro médicos.

Dr. Homero Pinto Vallada, hoje professor de neuro-psiquiatria nas Faculdades de Medicina de Uberaba em Minas Gerais e de Sorocaba neste Estado, ex-médico do Serviço de Transfusão de Sangue do Hospital das Clínicas, tendo ele sido também, um dos fundadores e diretor do Banco de Sangue São Paulo;

Drs. Ademar Albano Russi e Artur Biancalana, ex-médicos do Serviço de Transfusão do Hospital das Clínicas e atualmente os únicos médicos do Brasil que se submeteram a concurso de provas para exercerem o cargo de "médicos de transfusão".

Pertencem êles ao quadro dos médicos do Hospital do I.A.P.C. em São Paulo.

Êles são também sócios fundadores e diretores do Banco de Sangue de São Paulo. Colaborando com a sociedade médica São Lucas tivemos a satisfação de convidar para palestras, especialistas que discorreram sobre a importância da Transfusão de Sangue. Dentre êles destacam-se os atuais luminares da medicina, tais como o Prof. Carlos da Silva Lacaz, catedrático da Universidade de São Paulo, dissertando sobre o fator RH e o Dr. Oswaldo Mellone, fundador do primeiro banco de Sangue do Brasil, quando interno do Prof. Benedito Montenegro, na enfermaria de cirurgia na Santa Casa de São Paulo, aonde ampliou e generalizou os estudos iniciados pelo Dr. Otávio Martins de Toledo. Foi ainda o Dr. Mellone quem introduziu na rotina hospitalar o uso das transfusões de sangue conservado, empregando doses muito superiores àquelas adotadas até então.

Logo depois, o Dr. Mellone a convite do Prof. Montenegro instalou o Banco de Sangue do Hospital das Clínicas de São Paulo.

Tornou-se assim o Dr. Mellone o pioneiro da Transfusão atualizada em nosso meio, hoje executada por todos os seus colaboradores e todos aqueles que, de todo o Estado e outras partes do Brasil, aqui vieram buscar ensinamentos técnicos para a prática da transfusão de sangue.

Cabe também ao Dr. Mellone ter superado no Brasil a técnica do exanguino transfusão por via umbilical, aprimorando a sua execução em detalhes e aperfeiçoamentos reconhecidos por todos os hemoterapeutas.

No Brasil, a primeira exanguino-transfusão praticada por via umbilical, realizou-se no Sanatório São Lucas pelo Dr. Artur Biancalana. Este fato histórico tem algo de estreita relação com a transfusão de sangue, como tantos outros, pois coube também ao Dr. Biancalana, atento observador sobre assuntos de Banco de Sangue, ter colaborado deveras nos estudos da doença de Chagas. Para essa doença não existe tratamento, sendo importante destacar que quatro por cento dos doadores de sangue, têm o tripanosoma cruzi no sangue circulante, tornando, portanto, a transfusão de sangue passível de transmitir tão perigosa doença, que poderá produzir cardiopatias agudas, graves e fatais.

Graças à sôro reação de Machado-Guerreiro para diagnóstico da doença de Chagas, este perigo tem sido afastado nos serviços de transfusão de sangue. Por outro lado a adição de solução de violeta de genciana no sangue a transfundir, é medida parasitocida segura, indiscutível, segundo estudos efetuados na Faculdade de Medicina de São Paulo, pelo Dr. Vitor Nussenzweig, no Departamento de Parasitologia.

Ultimamente o serviço de transfusão no Sanatório São Lucas funciona sob a direção do Dr. Russi, sendo as transfusões executadas

a tempo e a hora, domingos, e feriados, noites e madrugadas, graças ao intercâmbio e colaboração do Banco de Sangue de São Paulo, que atendendo uma rede de mais de trinta hospitais da Capital, mantém serviço de alto padrão executado por uma equipe de quinze médicos realmente capacitados.

Não iremos descrever em pormenores as precárias instalações ao iniciarmos as nossas atividades aqui no Sanatório, para não sermos enfadonhos e deslegantes.

Voltemos ao presente e façamos uma visita ao atual Banco de Sangue deste Sanatório e aguardemos a exibição do filme sobre o Banco de Sangue de São Paulo e seu funcionamento, que será exibido após esta arenga, para melhor julgarmos como evoluímos juntamente, comungando das mesmas experiências.

Agora, que tecemos considerações gerais, a guiza histórica, acompanharemos o ritmo de nossos trabalhos durante doze anos de ininterruptas observações na seara da hemoterapia.

Aqui no Sanatório São Lucas coube ao Dr. Russi a apresentação de relatórios anuais e contribuições científicas publicadas em revistas médicas, tendo este ilustre Hemoterapeuta representado o Sanatório São Lucas em diversos congressos médicos.

Não podemos, de passagem, deixar sem referências o palpitante tema da doença hemolítica do recém-nascido, de interesse clínico e sobretudo importante, encarado sobre o aspecto médico-social.

Na clínica obstétrica há casos especiais dependendo da consulta feita ao hemoterapeuta. Desta consulta se resolverá observar as gestantes periodicamente e até nas maternidades, (através das pesquisas de aglutininas do soro materno), bem como vigiar os filhos recém-nascidos nos respectivos Berçários.

Por paradoxal que pareça, é fato que em certas ocasiões o hemoterapeuta atende ao recém-nascido antes do médico pediatra. E' o caso em que também o obstetra, espera a palavra do hemoterapeuta, para decidir a operação cesariana no oitavo mês de gravidez e entrega o feto para ser feita exanguino-transfusão pelo médico do Banco de Sangue.

Vemos agora claramente o papel do Banco de Sangue no que diz respeito ao magno problema das interferências de incompatibilidade do Fator Rh. e do sistema ABO.

Foi da consulta feita ao hemoterapeuta que examinou gestante e recém-nascido que se decidiu e executou a operação exanguino-transfusão, pela veia umbilical, troca de sangue, substituindo-o por Sangue Homologo e compatível.

E' através desta substituição, removendo aglutininas hemoly-santes que se previne o "Kernicterus" e futuras conseqüências neuropsiquiátricas.

Assim procedendo, a tempo e a hora, evita-se problema social de maior gravidade.

É certo que a exangüino-transusão em casos que tais, salva muitas vidas de recém-nascidos e os previne de sequelas neurológicas, diminuindo assim para a sociedade o número de débeis e retardados mentais, vítimas que são da interferência do fator RH e do sistema ABO.

No estado atual da medicina, diante destes novos conhecimentos, os médicos parteiros, obstetras, e os pediatras de berçários, cöncios das suas responsabilidades, sentem-se no dever de recorrer aos médicos dos Bancos de Sangue, porque não têm outra conduta, entregando-lhes casos em que periga uma vida.

Nesse momento, então, hemoterapeutas experimentados nas provas imuno-hematológicas e na prática delicada da exangüino-transusão, entram em campo, para executar trabalho complexo que exige perícia e grande senso de responsabilidade.

Não bastariam as várias indicações da transusão de sangue, ora nos casos clínicos, ora em casos cirúrgicos, para tornar-se imprescindível a organização de um Banco de Sangue. Esta foi, sem dúvida, uma feliz aquisição do Sanatório São Lucas, não só para facilitar o exercício da medicina, mas também completando a própria formação cirúrgica, deste nosocômio.

Data de 20 de outubro de 1946 a primeira sangria, colheita de sangue, realizada às 19 horas no Sanatório São Lucas. Quatro dias depois foi executada a primeira transusão de sangue.

Dentre as principais contribuições publicadas no Boletim do Sanatório São Lucas destacam-se as de autoria do Dr. Russi, interessando deveras aquêles que se dedicam aos serviços de transusão de sangue.

Estão entre os principais trabalhos: "Os sistemas RH e HR na isoimunização" "métodos de conservação do sangue". "Conceito de urgência em transusão de sangue". "Importância clínica dos sub-grupos do fator RH".

É interessante citar que até hoje, durante estes doze anos decorridos, mais de doze mil doadores já atenderam a convocação.

Por outro lado, mais de dez mil transfusões foram realizadas e consumiram o volume de mais ou menos cinco mil litros de sangue.

Consultamos aos boletins do Sanatório São Lucas e para não sermos monótonos apresentamos apenas números aproximados, porque nos relatórios publicados periodicamente se encontrarão dados exatos para aquêles que se interessam pelos algarismos.

Terminando, estamos felizes em trazer esta contribuição despretenciosa, que não deixa de ser em verdade, história de nossa medicina, descrever fatos que se registraram no Sanatório São Lucas, no seu crescente progresso.

Prestamos assim as nossas mais sinceras homenagens à Família São Lucas ao comemorar o seu 20.<sup>o</sup> aniversário nesta "Semana Cirúrgica".

O Sanatório São Lucas é preciosa jóia da medicina contemporânea; fica engastado topograficamente no centro hospitalar da capital de São Paulo, como se fôra bandeirante a desbravar os segredos da arte de curar, a fim de tratar aqueles que padecem, pois é certo que, na doença, nós acalentamos a esperança de obter a cura dos nossos males e portanto a cobiçada alegria de viver.

Aquêles que aqui aportam, encontram essa figura simpática e exemplar de Eurico Branco Ribeiro, cercada por uma plêiade de colaboradores abnegados, todos unidos fraternalmente, no mais sublime dos ideais, amando ao próximo como a si próprios, no exercício da mais nobre das profissões, ... A MEDICINA.

## RUBROMALT

*Extrato de malte*  
*Com as Vitaminas B<sub>12</sub>, A e D*  
*Complexo B, Extrato de Fígado*  
*Aminoácidos e Minerais.*



INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitinguí, 165 — São Paulo, Brasil

## WALTER S.A.

EQUIPAMENTO MÉDICO - HOSPITALAR - DENTÁRIO

INSTALAÇÕES HOSPITALARES

ESTUDOS

PROJETOS



Rua Capitão Salomão, 59 — Caixa Postal, 4.173

Telefones: 34-0691 e 35-1568 — São Paulo



# Thiaminose

VITAMINA B<sub>1</sub>  
VITAMINA C  
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS  
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS  
AFECÇÕES HEPÁTICAS  
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

*Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm<sup>3</sup>*

**LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.**

## Histerectomias(\*)

DR. WALDEMAR MACHADO

*Chefe da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas*

As histerectomias são operações freqüentes em serviços de cirurgia gela e ginecológica. Dadas as suas amplas indicações, quisemos reunir neste trabalho, tôdas aquelas intervenções da ressecção parcial ou total da matriz, realizadas no Sanatório São Lucas, nos seus primeiros 20 anos de atividade.

O Serviço de Fichário forneceu-nos, para feitura dêste trabalho, um número de prontuários que não totaliza os casos registrados no Departamento de Cirurgia. Só pudemos analisar 306 histerectomias, sendo 43, ou seja 14,08%, por câncer e 263 por outras afecções.

Do total de 306 intervenções, foram praticadas, nos casos de câncer 43 histerectomias totais e no grupo de outras afecções tivemos:

40 histerectomias totais
203 subtotaís
7 fundicas
13 vaginaís

Passaremos em revista dados atinentes aos vários casos, conforme veremos a seguir, iniciando pelos casos de câncer, que, como vimos, foram 43 de histerectomia total, em que encontramos, quanto à cor o seguinte quadro:

Branças .....	37
Amarelas .....	5
Pretas .....	1

Quanto à nacionalidade das pacientes, encontramos esta distribuição:

Brasileiras .....	28
Síria .....	1
Alemãs .....	2
Austriaca .....	1

(\*) Trabalho apresentado durante a "Semana de Cirurgia", em 28 de janeiro de 1959.



Japonesas .....	4
Italianas .....	3
Francesas .....	1
Portuguêsas .....	2
Não anotadas .....	1
<i>Total</i> .....	43

Apresentamos agora um quadro referente à idade das pacientes em que as dividimos em quinquênios:

25 aos 30 anos .....	1
31 aos 35 anos .....	3
36 aos 40 anos .....	5
41 aos 45 anos .....	7
46 aos 50 anos .....	8
51 aos 55 anos .....	9
56 aos 60 anos .....	7
61 aos 65 anos .....	2
Não anotada .....	1

Verificamos maior incidência da 3.<sup>a</sup> à 6.<sup>a</sup> década de vida, o que corrobora estatísticas nacionais e estrangeiras. Encontramos uma paciente com apenas 26 anos de idade, em pleno florir da vida, roubada inapelavelmente, pela terrível moléstia. Cabe aqui, pois, um apêlo, a todos os colegas, em benefício das mulheres, para maior difusão do exame colpocitológico, já ao alcance de todos em nosso meio e que traz tão grandes esperanças, quando se consegue fazer o diagnóstico do epiteloma estadio 0 ou intraepitelial ou que outra denominação tenha.

Nós mesmos, nestes últimos meses, encontramos dois casos, o que possibilitou às pacientes uma terapêutica eficaz, menos agressiva e menos chocante que o Wertheim-Meigs, o que aconteceu a tôdas aquelas aqui operadas, com um número de sobrevida muito pequeno. Quanto ao estado civil, temos os seguintes dados:

Casadas .....	35
Viúvas .....	6
Desquitadas .....	1
Não anotada .....	1

A sintomatologia mais freqüente apresentada pelas pacientes foi a metrorragia ou corrimento sangüinolento, como veremos no quadro seguinte:

Dores .....	10
Metrorragia .....	33
Tumor palpável .....	3

Os casos de tumores palpáveis referem-se a neo do corpo uterino.

Um elemento assinalado com pouca freqüência nas fichas, principalmente as mais antigas, é o da pressão arterial, encontrada apenas em 27 casos. De uma maneira geral, acompanhando a idade das pacientes encontramos nesses 27 casos apenas 5 em que a tensão era superior a 150 mm. de mercúrio e, destas, duas apenas de mais de 200 mm. de mercúrio.

Como afecção concomitante, encontramos 2 casos de diabeta, sendo que uma destas ainda era portadora de bócio tóxico.

Encontramos a confirmação da suspeita clínica no diagnóstico anátomo patológico em 38 pacientes, e nos restantes 5 casos havia apenas a anotação no prontuário, como veremos no quadro seguinte:

Carcinoma espino celular .....	4
Adenocarcinoma do colo + hiperplasia .....	8
Carcinoma planocelular + mioma .....	5
Adenocarcinoma do corpo .....	2
Hiperplasia glandular cística + polipo mucoso .....	1
Carcinoma sólido .....	2
Baselioma .....	1
Cervicite crônica .....	1
Câncer papilífero do corpo + adenocarcinoma espinocelular do colo .....	1
Câncer papilífero do corpo .....	2
Carcinoma de células transicionais .....	2
Carcinoma basocelular .....	2
Carcinoma medular .....	1
Sarcoma polimorfo do corpo .....	1
Câncer do corpo .....	1
Câncer do útero .....	1
Fibrosarcoma do colo .....	1
Sem exame anatomopatológico .....	5

As intervenções praticadas constaram de:

Histerectomia total .....	42
Histerectomia subtotal .....	1

Como complicação posoperatória encontramos um caso com fístula estercoral. Não se encontra aqui uma ficha de um caso de exenteração pélvica, por nós praticada, o que se enquadra no que afirmamos no início, de possível falha do ficharista.

As anestésias empregadas, de acôrdo com o passar dos anos, foi passando da raque, para o ciclo, éter e venosa, como veremos a seguir:

Raque .....	15
Ciclo + éter .....	8
Venosa .....	17
Raque + geral .....	1
Não anotadas .....	2

Não encontramos nenhuma referência de quaisquer manifestações à paciente, decorrente das anestésias.

Encontramos no posoperatório imediato a referência de morte de paciente em 2 casos apenas, ou seja, 0,04%, ocorrido no 6.<sup>o</sup> e 22.<sup>o</sup> dias de hospitalização. O primeiro em um caso de sarcoma do corpo uterino e o outro em caso de adenocarcinoma, também de corpo. Um com 62 e o outro com 59 anos de idade.

Como morte tardia, encontramos assinaladas apenas 2 pacientes uma 11 meses após intervenção e a outra 3 anos. O sistema de controle, ainda não bem difundido entre nós, acarreta inúmeras dificuldades, quando se deseja obter dados como esses, entre o nosso povo.

\*  
\* \* \*

Passaremos em revista agora os 263 casos de afecções benignas, cuja cura dependeu de uma histerectomia total, subtotal, fúndica ou vaginal.

A cor das pacientes apresenta a seguinte distribuição:

Branças .....	222	84,41%
Pretas .....	34	12,92%
Amarelas .....	2	0,76%
Não anotadas .....	5	1,90%

Quanto à nacionalidade das pacientes, encontramos o seguinte:

Brasileiras .....	213
Lituanas .....	1
Alemãs .....	1
Polonêsas .....	2
Portuguêsas .....	13
Espanholas .....	11
Sírias .....	1
Italianas .....	9
Japonêsas .....	1
Rumenas .....	3
Austríacas .....	1
Húngaras .....	1
Não anotadas .....	6
<i>Total</i> .....	263

# anador

o analgésico  
limite

antes de  
recorrer  
aos entorpecentes



INSTITUTO DE ANÁLISE DO BRASIL

# anador

DE ANGELI

Novo analgésico - espasmolítico - antitérmico  
desprovido de ação entorpecente.

O ANADOR DE ANGELI, associação de

- Um analgésico central: DIPIRONA
- Um vogolítico: ADIFENINA
- Um antistamínico: DIFENIDRAMINA

Novo analgésico não entorpecente de elevada atividade.  
O meio mais eficaz à disposição do médico antes de recorrer aos  
opíáceos e morfino-semelhantes sintéticos.

Tubo com 12  
comprimidos



1 a 2 comprimidos  
1 a 3 vezes ao dia.

Caixa com 5  
ampolas



1/2 a 1 ampola  
1 a 3 vezes ao dia.  
Via Intramuscular

Tubo conta-gotas  
com 15 cm3



30 a 90 gotas  
1 a 3 vezes ao dia.



**Instituto De Angeli do Brasil**  
PRODUTOS TERAPÉUTICOS S. A.

RUA JOAQUIM TÁVORA, 519 — SÃO PAULO

O estado civil das pacientes apresentou o quadro seguinte:

Casadas .....	213
Solteiras .....	22
Viúvas .....	20
Não anotadas .....	8
<i>Total</i> .....	<u>263</u>

Como o maior número de casos neste grupo era de fibromioma, vemos que o ditado de que a mulher não pare filho pare fibroma não é confirmado neste grupo, pois a diferença é muito grande, isto é, casadas e viúvas 233 para apenas 22 solteiras. Pode-se aqui argumentar ainda que o número de mulheres solteiras é bem pequeno, mas mesmo assim cremos que a proporção ainda é flagrante.

Distribuindo neste grupo as pacientes por idade em quinquênios encontramos o seguinte:

16 a 20 anos .....	2
21 a 25 anos .....	7
26 a 30 anos .....	13
31 a 35 anos .....	30
36 a 40 anos .....	52
41 a 45 anos .....	69
46 a 50 anos .....	52
51 a 55 anos .....	18
56 a 60 anos .....	9
61 a 65 anos .....	0
66 a 70 anos .....	1
71 a 75 anos .....	1
76 a 80 anos .....	0
81 a 85 anos .....	2
Não anotadas .....	7

Aqui também encontramos a maior incidência a partir da 3.<sup>a</sup> década da vida até a 6.<sup>a</sup>. E' nesse período que as pacientes geralmente começam a apresentar perturbações no seu ciclo catamenial, principalmente o que as obriga a uma consulta médica, encontrando, o especialista, inúmeras afecções passadas despercebidas pela paciente.

Mais uma vez chamamos atenção para o fato de que as clientes devem submeter-se a exame ginecológico sistemático, ao menos 1 vez por ano, a partir dos 25 anos de idade, pois, somente assim, poderemos prodigalizar toda a gama dos benefícios à mulher que a ciência tem a seu dispor.

A sintomatologia apresentada pelas pacientes, em números, foi a seguinte:

Metrorragia .....	164
Dores .....	72
Tumor palpável .....	185
Rotura uterina .....	1
Prolapso genital .....	14

A confirmação anátomo-patológica das afecções das pacientes só foi feita em 98 casos, com a distribuição seguinte:

Endometriose interna .....	6
Leiomioma .....	63
Hiperplasia glandular cística do endométrio .....	15
Prenhês intersticial .....	2
Persistência ducto Wolff .....	1
Mola hidatiforme .....	1
Cervicite crônica .....	4
Hemangioma do colo .....	1
Miometríte .....	2
Polipo cervical .....	1
Edema miométrio .....	1
Polipo endométrio .....	1

Vemos assim quão importante é a confirmação pelo exame histopatológico, pois inúmeras afecções poderão ser mal definidas, se isso não ocorrer.

Para citar apenas 2 exemplos, do grupo acima, temos os casos de endometriose interna e gravidez intersticial, que facilmente poderão confundir o cirurgião, levando-o a uma classificação mais grave da lesão. Felizmente, pelo menos neste serviço, essa atitude já se generalizou, de modo a termos daqui para o futuro êsse selo de garantia e fidelidade para nossos trabalhos.

As operações realizadas neste grupo foram as seguintes:

#### *Histerectomias:*

Sub-total .....	203 — 77,57%
Total .....	40 — 15,20%
Fundica .....	13 — 5,32%
Vaginal .....	7 — 2,66%

Para essas operações, as anestésias empregadas foram as seguintes:

Raque .....	76
Eter .....	6
Venosa + eter .....	10
Ciclo + eter .....	70
Raque + geral .....	8
Venosa .....	87
Não anotadas .....	6
<i>Total</i> .....	<u>263</u>

Não encontramos também neste grupo nenhuma anotação de anormalidade conseqüente às anestésias, de maior monta.



O número de mortes, no pós-operatório imediato, foi apenas 2, um no 2.º dia, paciente de 46 anos e outra no 6.º dia, ambas em histerectomia subtotal, o que corresponde a uma média de mortalidade de apenas 0,76%.

Acabamos assim de passar em revista a operação de histerectomia em 306 pacientes, por várias afecções, com apenas 4 casos de morte hospitalar, correspondendo a 1,30%.

Há falhas nesses dados, oriundos, como vimos, de lacunas nas fichas, que invalidam muitas vezes muitas horas de labor intenso.

Isto se deve em parte à falta antigamente de fichas especializadas, onde se anotam todos os dados necessários, mas isso, felizmente, agora já possuímos no Sanatório São Lucas. Resta, apenas, a colaboração dos cirurgiões e internos, para que os resultados sejam corretos.

Casos em que sinais negativos não são assinalados, se o forem, em confronto com outros passam a ser positivos e vice-versa, mas, para tanto, é preciso que todos os sinais estejam assinalados sim ou não. É um pouco mais de trabalho, mas qual o fruto saboroso ao ser ingerido que não deu trabalho para assim apresentar-se?



## STRYCHNANEURIN B<sub>12</sub>

(VITAMINA B<sub>12</sub>+VITAMINA B<sub>1</sub>+SULFATO DE ESTRICNINA)

*Tônico neuro-muscular por excelência*

**Strychnaneurin B<sub>12</sub> 50 mcg**

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

**Strychnaneurin B<sub>12</sub> 100 mcg**

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

**Strychnaneurin B<sub>12</sub> 500 ou 1.000 mcg**

(2 mg Sulfato de estricnina + 100 mg Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

**DRÁGEAS DE DOSAGEM ÚNICA**



*Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos*

**LABORATÓRIO NOVOTHERAPICA S. A.**

Rua Pedroso de Morais, 977 — Fone 80-2171 — São Paulo

# ROVAMICINA

Nome genérico: Espiramicina

Antibiótico polivalente, perfeitamente tolerado pelo organismo. Respeita a flora intestinal útil.



CLÍNICA GERAL  
DERMATOLOGIA  
GASTRENTEROLOGIA - GINECOLOGIA - UROLOGIA

## APRESENTAÇÕES

### ROVAMICINA COMPRIMIDOS

Frascos de 12 e de 24 comprimidos a 250 mg.

ROVAMICINA INTRAMUSCULAR "IM"  
Estôjo de 1 frasco com 100 mg, acompanhado de 1 ampola de diluente.

ROVAMICINA INTRAVENOSA "IV"  
Estôjo de 1 frasco com 250 mg, acompanhado de 1 ampola de diluente.



*A marca de confiança*

## RHODIA

Caixa Postal 8095 - São Paulo, SP

## Esplenoptose com pedículo torcido simulando cistoma do ovário (\*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

*Diretor do Sanatório São Lucas*

Dr. JOSÉ M. ARCOVERDE

*Interno do Sanatório São Lucas*

A literatura médica vem registrando, de quando em quando, casos de esplenoptose simulando ciste de ovário ou outras afecções ginecológicas, fazendo-se o diagnóstico exato na mesa operatória. A nós também ocorreu essa eventualidade. Eis, em resumo, o nosso caso:

*Prontuário n.º 55.094 — I. F., sexo feminino, com 15 anos, solteira, brasileira, natural de São Paulo, em boa constituição física. Desde os 7 anos foi notada uma "bola" no seu abdome inferior, indolor, movendo-se de um lado para outro, sem provocar moléstias dignas de nota; entretanto tinha frequentes indisposições de estômago e mau estar geral, que cessavam após a eliminação de gases. Às vezes tinha crises dolorosas pouco intensas e passageiras, sendo então visitada por médicos, que afirmavam sofrimento intestinal e recomendavam tratamento com um cirurgião, em vista da existência do tumor movel, considerado como sendo um cistoma do ovário. Desde a menarca, a quatro meses, vem sentindo dores no epigástrico, irradiadas para a fossa ilíaca direita, mais acentuadas nas vésperas das menstruações. No último mês, porém, as dores persistiram, mais fortes e agravadas com a aplicação de bolsas quentes sobre o ventre e com lavagens intestinais. Sobreveio febre e fez uso de Penicilina e de Estreptomicina. Após exame radiológico do intestino grosso, que nada esclareceu, e persistindo as dores já por quatro dias, deu entrada no Sanatório São Lucas em crise abdominal de média intensidade.*

A anamnese feita não assinalou perturbações do tubo digestivo, não havendo, mesmo no passado remoto, dejeções com muco ou com sangue. Havia, sim, referência de sevícias justamente pouco antes do aparecimento do tumor abdominal, com traumatismo direto e intenso ao nível das últimas costelas do lado esquerdo, onde se formaram equimoses (circunstância esta só referida no pos-

---

(\*) Trabalho apresentado durante a realização da "Semana de Cirurgia", em 28 de janeiro de 1959.



*Fotografia do baço extirpado*

operatório, diante do achado cirúrgico). Quanto a passado mórbido, apenas contava ter tido, entre as moléstias comuns da infância, o sarampo e a coqueluche.

Ao exame, palpava-se um tumor duro, globoso, situado no hipogástrio, ligeiramente à esquerda, movel e doloroso pelas manobras palpatórias, apresentando cerca de 15 centímetros de diâmetro. A reação dolorosa era mais intensa do lado esquerdo, tomando também o flanco respectivo. O ponto de Mc Burney era ligeiramente doloroso. Não se palpou o fígado. Não se fez percussão no hipocôndrio esquerdo. O exame do coração e dos pulmões nada revelou de anormal. O pulso estava a 90 por minuto, cheio e rítmico; a pressão arterial estava a 100-70.

O relatório do exame radiológico rezava: "Trânsito lento da refeição opaca de contraste pelos diferentes segmentos cólicos; moderado alongamento do colo esquerdo (descendente e sigmoide); defeito de enchimento interessando o fundo do ceco, que se apresenta movel e em cuja altura se palpa, sob o contróle da radioscopia, moderada formação tumoral; o exame radiológico é insuficiente para precisar a natureza da lesão observada" (Dr. Mário Finocchiaro).

A paciente apresentava-se com 5.200.000 hemácias e 11.000 leucócitos por milímetro cúbico e 84% de hemoglobina; tempo de coagulação, 8 minutos; tempo de sangramento, 2 minutos. Tinha urina com reação ácida, não contendo albumina, nem glicose, nem acetona, nem pigmentos biliares; no sedimento havia numerosas células de descamação, muco, raros leucócitos isolados e raras hemácias. Fezes com *Blastocystis hominis*.

Com o diagnóstico de propável cistoma do ovário, foi realizada a intervenção cirúrgica no dia 18 de outubro de 1958. Cirurgião, dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, dr. José M. Arcoverde; anestesista, dr. João B. Kolb; anestesia com

Surital e Ciclopropano. Incisão mediana infraumbilical. Aberto o peritônio, verificou-se a presença de um tumor com aspecto de baço, facilmente reconhecido, tendo seu polo superior à altura do umbigo e o inferior em conexão com os órgãos genitais internos, aos quais estava aderido. Tratando-se de um baço aumentado de volume, a incisão foi prolongada para cima, a fim de permitir a exteriorização do tumor, conseguida depois de seccionadas as aderências existentes. Verificou-se que o baço se achava com o pedículo torcido da direita para a esquerda, com uma volta e meia de torção, fazendo com que as veias se achassem muito intumescidas e calibrosas. Foi feita a ligadura parcelada do grosso pedículo e facilmente extirpado o baço. Foi ressecado um fragmento de epiplon, que se achava comprometido nas aderências e infiltrado. O apêndice era ascendente externo e estava acotovelado no seu terço distal. Não havia lesão nas paredes do ceco. Foi feita a apendicectomia e sepultado o coto em bolsa feita no ceco. A vesícula estava livre de aderências, não se palmando cálculos no seu interior. Fossa esplênica desabitada. Sutura da parede abdominal por planos, deixando-se seda e agrafes na pele.

O baço extirpado pesava 580 gramas. O quarto superior do baço, onde havia aderência com o epiplon, mostrava-se de cor menos violácea e de consistência muito mais dura do que o restante da víscera. O exame histológico mostrou:

"O material recebido para exame consta de peça cirúrgica, mantida em formol, de forma irregular, medindo 16x8x4 centímetros, representando o baço. Externamente nota-se cápsula rugosa, opaca, sendo que sua quarta parte superior apresenta-se em coloração esbranquiçada, contrastando com o restante da superfície que é de coloração vinhosa. Ao corte nota-se parênquima homogêneo bastante congesto, não havendo distinção de aspecto, tanto na zona esbranquiçada como no restante do órgão. *Exame microscópico:* Os cortes praticados em diferentes alturas do órgão revelaram parênquima esplênico, bem constituído, notando-se apenas discreta atrofia da polpa branca e marcante dilatação e repleção dos sinusóides esplênicos. Diagnóstico: congestão passiva crônica do baço".

O decurso posoperatório foi silencioso e a enferma retirou-se do hospital em boas condições no dia 23 de outubro de 1958.

A distopia do baço merece denominações várias, conforme as circunstâncias em que se apresenta e isso tem feito com que alguns autores se confundam nas suas publicações, aplicando-as por vezes inadequadamente. Não nos referimos aos baços acessórios, a esses pequenos esplênculos, também mal chamados esplenóides, que às vezes se encontram semeados pelos epiplons, pois embora traduzam uma distopia de tecido esplênico, não se trata de distopia da glândula mater, geralmente única. Quando esta se acha fora do seu sítio habitual, fora da sua loja abrigada sob o hipocôndrio esquerdo, duas são as denominações que se podem usar: "baço ectópico" ou "esplenectopia" e "baço ptosado" ou "esplenoptose". A designação "ectopia" indica uma condição congênita e no caso do baço podemos usá-la quando se trata de uma inversão visceral, estando o fígado à esquerda e o baço à direita. A designação "ptose" tem sua significação ligada a uma raiz grega que indica descida ou queda; pressupõe uma situação progressiva normal seguida de migração patológica.

Assim, quando falamos em esplenoptose, queremos nos referir a um baço que desceu de sua loja e anda por outros sítios que não são os seus habituais. É o caso da nossa enferma. O seu baço sofrera as consequências de um traumatismo violento, que por certo rompera os seus meios de contenção e fizera com que caísse para o baixo ventre, numa descida progressiva e paulatina, à medida que o próprio peso pela ação da gravidade ia distendendo e alongando o seu pedículo vascular.

Há autores que desconhecem essa eventualidade, achando que todo baço ptosado é um baço esplenomegálico, tendo descido de sua loja principalmente em consequência de aumento de peso, graças ao que são vencidas as resistências dos ligamentos contensores. E, por isso, usam a denominação "esplenomegaloptose". Chegam mesmo a usar esse termo em todos os casos de esplenomegalia, em que a víscera assume grande volume, expandindo-se para o baixo ventre, esquecidos de que a loja esplênica, em tais casos, não se acha desabitada mas muito bem cheia e alargada. É fácil avaliar-se até onde assiste razão a esses autores.

Em nosso caso o aumento de volume do baço deve ter sido consequência da ptose; aceita a etiologia traumática do deslocamento, sugerida pela história clínica, podemos acreditar que a esplenomegalia — peso duas vezes e meia o peso normal — foi decorrente de sucessivos estados congestivos provocados por dificuldades circulatórias durante as migrações do baço pela cavidade abdominal. O quadro histológico fala em favor de esplenomegalia por congestão crônica; a ele se associou, em determinada área, uma congestão aguda devida à torção do pedículo. Assim, considerando o achado cirúrgico, podíamos falar em esplenomegaloptose; mas não temos o direito de dizer que se tratava de ptose em caso de esplenomegalia. Às vezes o aumento de volume é devido à malária; tem sido registrado na leucemia (Conrado Zuckermann) e com ciste (Subbotic).

As denominações de "baço flutuante", de "baço errante", de "baço fantasma", de "baço migrante", de "baço movel" e de "baço deslocado" também são contraditórias. Indicam, claramente, um diagnóstico acertado. Sabe-se, então, que existe uma esplenoptose e que o baço vagueia pela cavidade abdominal, podendo fixar-se, por aderências supervenientes, até na fossa ilíaca direita, simulando um cistoma do ovário direito, conforme está por muitas vezes assinalado na literatura médica. Em tais casos, é claro, não se pensou em recorrer à semeologia do hipocôndrio esquerdo, em busca da identificação do baço. Normalmente, essa víscera não é palpável. A sua delimitação pela percussão é reconhecidamente falha. Antigamente, nos bons tempos áureos do alto conceito do diagnóstico feito à custa dos conhecimentos individuais e do senso clínico do internista, dava-se um grande valor à percussão do hipocôndrio esquerdo na avaliação do volume do baço. Hoje, podemos recorrer

à radiografia, servindo-nos da tomografia e do pneumoperitônio. Dos tempos idos ficaram-nos curiosas referências que bem demonstram a pouca segurança com que pontificavam os clínicos da época. Conta-se que Pierry vivia exaltando a importância da percussão do baço, a tal ponto que, certo dia, cansados de ouvi-lo, os seus discípulos prepararam-lhe uma pilhéria: pediram-lhe que delimitasse o baço em um enfermo que havia sido esplenectomizado. E ele o fez... Fato semelhante ocorreu em Salvador, entre José Adeodato e um clínico pedante, que lhe havia enviado semanas antes uma enferma esplenomegálica; pediu o professor baiano ao seu emproado colega que examinasse o baço da doente e ele, depois de vistoso exame, na presença de vários assistentes, concluiu por uma redução acentuada do volume do órgão; qual não foi a sua decepção quando Adeodato lhe disse que a enferma tinha sido esplenectomizada... Deve-se lembrar, de passagem, que naqueles velhos tempos nem sempre se despiam os doentes para que fossem examinados; as cicatrizes operatórias ficavam encobertas pelas vestes.

Diz-se que os antigos já haviam observado a esplenoptose. Em 1863 Kurns teria descrito o primeiro caso de torção em baço ptosado. Fazendo um estudo da literatura, Bessel Hagen encontrou, entre 1891 e 1900, 15 casos de baço flutuante de origem malárica e 28 devidos ao que classificou de hipertrofia idiopática. Eram todos casos de esplenomegaloptose. Entre 1900 e 1908, Johnston coligiu 18 casos de esplenectomia por baço ptosado com pedículo torcido. A mais de cinquenta anos, em 1901, Vanverts apresentou uma estatística de 35 casos de esplenectomia por ptose com 2 mortes cirúrgicas e de 19 casos de esplenoptose com torção do pedículo, assinalando 8 casos letais. Acentuando a raridade da ocorrência, Maingot cita a estatística de Giffin, que assinala na Clínica Mayo, antes de 1934, apenas 2 casos de esplenoptose em 646 esplenectomias. Entretanto, em 1925 Sutton já contara 74 casos e Irvin Abell havia coligido 95 casos na literatura até 1933. Nos dez anos seguintes Emmett e Dreyfuss encontraram mais 25 casos. Em 1940, Bohrer eleva para 116 os casos da literatura. Depois dessa época há de se ter publicado muitos outros casos de esplenoptose, quase sempre associada à torção do pedículo. Na maioria das vezes o baço é pélvico, tal como relatam Paterson, MacDonald e MacKay, em 1909 e Solieri em 1910. A sua mobilidade geralmente é muito grande, fazendo com que, após ter encontrado o baço na fossa ilíaca direita e no dia seguinte à esquerda, Bland Sutton tenha criado esta imagem poética: "deslisando sobre os intestinos, o baço é como uma barca tocando a crista das ondas..." Mas nem sempre fica o baço acariciando ou comprimindo os intestinos, mas desce às vezes a abrigar-se no saco de uma hérnia inguinal, como relatam Morgagni e Ruysch, ou provoca por compressão um prolapso completo do útero, vagina e bexiga, conforme testemunha Kouwer, ou pode simular um terceiro testículo, ocupando a bolsa escrotal, como



no caso de Shetth. E na descida pode trazer consigo a cauda do pâncreas, alongada e também torcida com o pedículo vascular, de acordo com a observação de Rokitsky. A mesma eventualidade da inclusão da cauda do pâncreas na torção do pedículo do baço foi recentemente assinalada por Michaels (1954). Tiekell reoperou um caso em que o primeiro cirurgião havia concluído por tumor renal inoperável.

Na infância os casos são muito raros; ao da estatística de Irvin Abell (um menino de 6 anos observado por Southann), Hall acrescentou outro aos dez anos, em que desde os 2 anos se havia notado o tumor e Maynadier observou mais um aos 12 anos.

Outros casos de baço com pedículo torcido foram relatados por Mattas e MacLaren em 1910, por Southan em 1921, por Castaño e Brea em 1923, por Sutton em 1925, por Bolo e Jaroslavsky em 1929, por Gallo, Oulie e Marano em 1932, por Petridis, Abell e Boullard em 1933, por Mauro, Biondo, Raul Vieira de Carvalho e Geraldo Vicente de Azevedo em 1934, por Desplas e Cantin em 1935, por Nokotin em 1936, por Mourgue-Molines em 1938, por Carmen Escobar Pires em 1939, por Rojas e Cavanna em 1940 por Conrado Zuckermann em 1946, por Dardill em 1947, por Sendra em 1949, por Córdoba, Anselmo e Merchensky em 1951 e quantos mais!

O diagnóstico prévio de afecção ginecológica tem sido frequentemente feito em casos de esplenoptose. Já em 1867, Pean caiu nesse erro. Conrado Zuckermann pensava encontrar um tumor ginecológico, provavelmente uterino, ao operar uma enferma com leucemia mieloide, quando deparou nada mais nada menos do que com um enorme baço de pedículo torcido. Jean Quénu fez em um caso, sucessivamente, o diagnóstico de fibroma uterino, câncer do ovário e cistoma do ovário com pedículo torcido. Ao tempo em que se usava punccionar cistomas do ovário, Levi cometeu o erro de procurar esvaziar um baço com pedículo torcido. Córdoba, Anselmo e Merchensky tinham o diagnóstico preoperatório presuntivo de tumor do mesentério ou de ovário em um caso apresentado ao VII Congresso Internacional de Cirurgia. José Bacalhau, de Coimbra, diz que já encontrou o baço na fossa ilíaca direita simulando uma ciste do ovário do mesmo lado.

O diagnóstico prévio do ovário é bastante frequente em vista de a esplenoptose incidir em alta porcentagem no sexo feminino. Ao primeiro caso em homem teria sido o de Lang em 1914. Em 1939, Carmen Escobar Pires afirmava que a ptose do baço só fôra assinalada 7 vezes no sexo masculino, ultrapassando de uma centena os casos registrados no sexo feminino. Em 1925, Sutton coligira 4 casos em homem e 70 em mulheres. Hoje o total de casos publicados deve andar ao redor de centena e meia.

Em nosso caso, a hipótese diagnóstica como a mais provável foi a de cistoma do ovário com pedículo torcido. Tal diagnóstico errado

ocorreu em 24 dos 97 casos encontrados na literatura por Irvin Abell em 1933; em apenas 5 a torção do baço foi diagnosticada antes da operação. Depois disso, as revistas médicas têm publicado novos casos. Se o diagnóstico errado de cistoma do ovário tem sido frequentemente registrado, raríssimo é o caso inverso, em que o diagnóstico de baço flutuante é feito em caso de cistoma do ovário — erro talvez singular que cometeu Bland Sutton em uma menina de 14 anos.

No Brasil temos conhecimento do caso de Fernando Luz (1918) com o diagnóstico prévio firmado dois anos antes, após ter sido a enferma laparotomizada em 1912, com o diagnóstico de mioma uterino, por um cirurgião que julgara estar diante de um rim ptosado; dos dois casos de José Adeodato também da Bahia, um levado à mesa cirúrgica em 12-3-1916 com o diagnóstico de mioma uterino mas sendo um "baço hipermegálico", o outro à luz do anterior com o diagnóstico prévio de esplenomegaloptose de origem palúdica, com tumor na fossa ilíaca direita, operado em 23-4-1916, ambos relatados em 1919 na tese de Deoclecio Barbosa; do caso de Raul Vieira de Carvalho e Geraldo Vicente de Azevedo com diagnóstico prévio de tumor, para alguns cistoma do ovário, verificando o ato cirúrgico (1934) enorme baço de 2.800 gramas com pedículo torcido; do caso de Carmen Escobar Pires, com diagnóstico prévio (1936) de cistoma torcido do ovário direito, pesando um baço malárico 980 gramas com pedículo torcido; e do caso de Williams Hassne e Oswaldo Cruz (1955), o único registrado no Hospital das Clínicas de São Paulo, operado com o diagnóstico de obstrução intestinal, encontrando-se um baço aumentado de volume e com o pedículo torcido 3 vezes. Assim, o nosso caso é o sétimo da literatura nacional, a menos que outros tenham sido publicados em revistas que escaparam à nossa pesquisa.

A esplenectomia é o tratamento indicado, mesmo que não se encontre torção do pedículo. Alguns autores antigos ensaiaram a esplenopexia, tendo sido descritas técnicas especiais por Ptoorno, Giordano, Greiffenhagen e Rykour, mas os resultados não foram animadores.

Em 114 casos coligidos por Carmen Escobar Pires, houve 14% de mortalidade cirúrgica, não se contando 18 casos em que a torção se dera em pacientes grávidas, e 3 em puerperas com mortalidade de 44% nos 13 casos levados à mesa operatória. Tem-se acentuado que a distorção do baço antes da ligadura do pedículo pode acarretar um agravamento por vezes fatal da sequência posoperatória, em virtude da entrada abrupta na circulação de toxinas decorrentes da estase venosa na viscera torcida. Ton That Tung observou um colapso brutal seguido de morte em paciente na qual havia feito a distorção antes de proceder à ligadura do pedículo. Em virtude disso, Marcel Roux afirma que a regra de ressecar sem distorcer deve ser sistematicamente respeitada.

Em resumo, conhecida hoje a benignidade de esplenectomia "quoad vitam" e "quoad functionem", a indicação operatória cinge-se à extirpação do baço.

### AUTORES CONSULTADOS

- AZEVEDO (Geraldo V.): *Ptose do baço com syndroma agudo da torção do pedículo*, "Bol. Soc. de Med. e Cir. S. Paulo", XVIII, 94, junho 1934.
- BACALHAU (José): *Elementos de Patologia abdominal aguda* em "Arquivos de Propedêutica Cirúrgica", IX, 44, Coimbra, 1955.
- BARBOSA DE SOUZA (Deoclecio Tanajura Guimarães): *Das complicações da esplenoptose*, tese da Bahia, 1919.
- CARVALHO (Raul Vieira de) e AZEVEDO (Geraldo V.): *Baço móvel com syndroma agudo de torção*, "Revista de Cirurgia de São Paulo", I, 81, agosto de 1934.
- DARDILL (Jean) e QUÉNU (Jean): *Torsion pédiculaire d'une grosse rate paludéenne, avec anémie et leucopénie*, "Mémoires de l'Académie de Chirurgie", Paris, LXXIII, 138, 19 de fevereiro de 1947.
- HALL (C. L.): *Wandering spleen during first decade of life*, "British Medical Journal", n.º 4765, 957, 3 de maio de 1952.
- HOSSNE (William S.) e CRUZ (Oswaldo R.): *Torsão de pedículo em baço móvel*, "Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental", XVIII, 193, julho-agosto de 1955.
- MAINGOT (Rodney): *Abdominal Operations*, I, 555, "Appleton", New York, 1940.
- MARTINEZ CORDOBA (F.), ANSELMO (J. J.) e MERCHENSKY (Z.): *Esplenoptosis con torsión de pedículo*, "Prensa Médica Argentina", XXXVIII, 1584, 22 de junho de 1951.
- MAYNADIER (P.) e ROUX (Marcel): *Torsion aiguë de la rate chez une enfant de 12 ans*, "Mémoires de l'Académie de Chirurgie", Paris, LXXXII, 163, 15 de fevereiro de 1956.
- MICHAELS (L.): *Spontaneous torsion of spleen involving tail of pancreas*, "Lancet", CCLXVII, 23, 3 de julho de 1954.
- MOYNIHAN (Berkeley): *Abdominal Operations*, II, 546, Saunders, Philadelphia, 1926.
- MOYNIHAN (Berkeley): *Cirurgia del bazo em "Keen's Surgery"*, edição espanhola de Salvat, III, 1090, Barcelona 1925.
- PIRES (Carmen Escobar): *Baço móvel com torção do pedículo simulando cysto do ovário direito*, "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", XXXVII, 387, abril 1939.
- ROJAS (Daniel) e CAVANNA (David): *Torsion del pedículo de un bazo en la pelvis*, "Semana Médica", Buenos Aires, XLVII, 561, 7 de março de 1940.
- SENDRA (Antônio Otero): *Abdomen agudo por torsión de pedículo de bazo ectópico*, "Medicina Clínica", Barcelona, XIII, 400, dezembro de 1949.
- UPCOTT (H.) e MOYNIHAN (B.): *Cirurgia del bazo*, em "Keen's Surgery", edição espanhola de Salvat, VI, 618, Barcelona, 1925.
- ZUCKERMANN (Contado): *Bazo leucémico con pedículo torcido que simuló padecimiento ginecológico*, "Revista Mexicana de Cirurgia, Ginecologia y Cáncer", XIV, 195, julho de 1946.

*Nota:* Trabalho sobre o assunto foi posteriormente publicado por LUIGI SERTOLI em "L'Ospedale Maggiore", XLVII, 21, janeiro de 1959.

## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Crs
Capa externa (12x19 cm) por vez .....	5.000,00
Capa interna (12x19 cm) por vez .....	4.500,00
1 página (12x19 cm) por vez .....	4.000,00
1/4 página (9x12 cm) por vez .....	2.500,00
1/4 página (9x5,5 cm) por vez .....	1.500,00
Encarte por vez .....	3.000,00

## LIO PREFISOL

### EXTRATO DA HIPÓFISE ANTERIOR LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- \* Desenvolvimento somático retardado
- \* Distrofia adiposo-genital
- \* Hipogonitalismo masculino da idade pré-puberal
- \* Magreza hipofisária
- \* Pan-hipopituitarismo
- \* Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Frasco-ampóla com 60 U.P.

+

**OPOTERÁPICA NESPA S/A.**

Rua França Pinto, 816/628 — Tel. 7-8802/7-1804

SÃO PAULO, BRASIL

## DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4º Andar - TELEFONES 4-7744 e 8-3445

## Se em 1941, a "equipe de Oxford"...

tivesse produzido uma penicilina  
ativa por via oral, reservar-se-ia o  
uso da penicilina por via paren-  
teral nos mesmos casos raros das  
tetraciclinae injetáveis...

A administração de penicilina por  
via oral é mais prática, mais co-  
moda e não oferece os perigos das  
injeções de penicilina particular-  
mente os da penicilina procaina...

Mas, administrada por via oral, a  
penicilina precisa resistir à acidez  
gástrica e à penicilinase intestinal.  
Em suma, a penicilina deve alcan-  
çar níveis sanguíneos elevados e  
prolongados. Estes requisitos são  
encontrados no

### **STEGCILIN,**

que resolveu, enfim, o problema  
da penicillinoterapia oral.

*Amostra e Literatura*

**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamarandá, 777 — São Paulo.

Fone: 31-9871

